

VEA

**La importancia
de los elementos
distractores
en la estadía
hospitalaria
de un paciente
en edad
pediátrica** PÁG 9

Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Informe de avance) PÁG 13

La entrevista laboral: un desafío en los profesionales de salud PÁG 29



Baño Fácil

SOAP'N EASY®

Paño jabonoso para la higiene personal

Mejore su calidad de vida

- Limpieza completa, rápida, simple y efectiva
- Mejora la calidad de vida
- Evita derrames de agua
- Suaviza y perfuma sin irritar
- Fácil de usar para la higiene personal o de terceros

www.EstrategicaWeb.com.ar



En sólo tres pasos un baño completo.
Un paño alcanza para higienizar una persona adulta.



Utilizados en las principales clínicas y sanatorios del país

Distribución directa en Capital y GBA. Distribuidores en el interior

(011) 4641-2046 / 4644-3023 | bfacil@bfacil.com.ar - www.bfacil.com.ar



Sumario

- 5 | EDITORIAL
- 6 | **Red de Familias Prematuras**
Lic. Laura Dobler
- 7 | INFORME 1
La intervención de enfermería en el tabaquismo: por más niños sanos
Lic. Lorena Gonzalez / Lic. Miriam Di Loretto
- 9 | PRÁCTICAS INNOVADORAS
La importancia de los elementos distractores en la estadía hospitalaria de un paciente en edad pediátrica
Lic. Lorena Gonzalez / Lic. Yamila Mangialardi
- 13 | INFORME 2
Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Informe de avance)
Mg. Lia Garnica / Lic Mariano Chávez / Prof. María Teresa Vázquez / Lic. Ema Vizcarra / Lic María del C. Cáceres
- 19 | SEGURIDAD DEL PACIENTE
Humanizar el cuidado de enfermería en el final de la vida
Lic. Beatriz Emma Albornoz / Lic. Lilian Daniela Paredes Venegas
- 25 | FICHA 50
CPAP nasal bajo agua o de burbuja en Prematuro
Lic. Miriam Cañete
- 31 | RINCÓN LITERARIO
Y después...
Luisina Bruno
- 32 | INFORME 3
Reflexiones sobre lo transitado en el sistema de enseñanza superior en Enfermería
Prof. Lic. Cecilia Rossi
- 37 | INFORME 4
La entrevista laboral: un desafío en los profesionales de salud
Lic. María Lourdes Bressi
- 41 | REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
Revisión bibliográfica: Experiencias emocionales en pacientes con tuberculosis pulmonar y herramientas de enfermería para la adherencia al tratamiento
Gabriel Joel More
- 41 | INVESTIGACIÓN
Informe de investigación: Proyecto Local Participativo "CACHUVIN"
René Villegas
- 59 | INFORME 5
El parto respetado como estrategia del cuidado a la salud perinatal
XXXXX

STAFF

DIRECCIÓN

Prof. Lic. Miriam Cañete

COORDINACIÓN EDITORIAL

Alejandra Fuente

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Prof. Magdalena Villaverde

JEFA DE REDACCIÓN

Lic. María del Valle Correa Rojas

EDICIÓN

Susana Prieto

Adecra

Montevideo 451 - Piso 10º (C1059ABI)

C.A.B.A. Argentina

Tel: (011) 4374-2526 Fax: 4375-2070

www.adepra.org.ar

www.enfermeria.adepra.org.ar

e-mail: revistavea@adepra.org.ar

Esta publicación es propiedad de:
Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospi-
tales Privados de la República Argentina

Autorizada su reproducción mencionando
la fuente.

Registro de Propiedad Intelectual N° 399943

ISSN: 1669-385X

Base de datos de indexación:

CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E

EBSCO

Periodicidad trimestral
(marzo, junio, septiembre y diciembre)

AÑO 14 | N° 51 | SEPTIEMBRE 2017

CONSULTORES ESPECIALISTAS

Aspectos legales de la profesión: Lic. Elena Perich, Secretaria General de FAE, Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires • Enfermería en Control de Infecciones: Lic. Stella Maimone, Asesora de la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones (AADECI), Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Enfermería en Cuidados Paliativos: Lic. Marta Junín, Coordinadora de Grupo de Trabajo -Cuidados Paliativos- Hospital de Gastroenterología B. Udaondo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Enfermería Laboral: Lic. Sofía Pagliero, AECAP (Asociación de Enfermería de Capital Federal) • Enfermería Médico-Quirúrgica: Mg. Carmen del Pilar Santesteban, Directora del Programa de Educación a Distancia, Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, Provincia de Santa Fe. • Enfermería Oncológica: Lic. Silvina Estrada de Ellis, Jefa del Departamento de Enfermería de FUNDALEU, Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Informática en Enfermería: Lic. Hugo Leoncio, Presidente de la Asociación de Informática en Enfermería de la República Argentina (ADIERA) • APS, Atención primaria y epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación, Lic. Analía Aquino.

CORRESPONSALES EN EL PAÍS: Lic. María del Valle Correa Rojas 0387 4397469 - celular 387 4154461 / Lic Javier Rosas 387 4095742 **CATAMARCA (CAPITAL):** Lic. Estrella Tillar. Tel. (03833) 427839 (de 7:00 a 11:00). **CÓRDOBA (CAPITAL):** Lic. Eduardo Giuliani. Tel. (0351) 4616362. **CHACO (RESISTENCIA):** Enf. Lidia Muñiz de López. Tel. (03722) 425050 int. 118. **FORMOSA (CAPITAL):** Lic. Elisa Acosta. Tel. (03717) 433651. **PROVINCIA DE BUENOS AIRES (LA PLATA):** Lic. Juana Lucila Ayala Rosa. Tel. (0221) 4220234 (desde las 18:00). **MENDOZA (GUAYMALLÉN):** Lic. María Rosa Reyes. Tel. (0261) 4215570. **MISIONES (POSADAS):** Lic. Carmen Grittis. Tel. (03752) 428117. **SALTA (CAPITAL):** Lic. María del Valle Correa Rojas. Tel. (0387) 4225426 **CONCORDIA (ENTRE RÍOS):** Lic. Rosana Firpo. Tel. (02966) 15598681/ (02966) 433592. **SANTIAGO DEL ESTERO (CAPITAL):** Lic. Mariano Aníbal Chávez. Tel. (0385) 4509574. San Juan (Capital): Lic. Mabel Lucía Naveda de Torres. Tel. (0264) 4214370. **SAN LUIS (CAPITAL):** Lic. Mónica Soto Verchér. Tel. (802652) 435837. Fax (02652) 431354. **TUCUMÁN (SAN MIGUEL):** Lic. Natividad Díaz de Pacheco. Tel. (0381) 4272728. **COLEGIO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE JUJUY:** Tel. (0388) 4232910 / (0388) 154-387557 - Vicky Argañaraz - Capital Federal -Tel. 4833-4834. Nelly Guerrero (Salta) 0387-4341788. Rubén Siorto - Venado Tuerto (Santa Fe) Tel. 03462-425490 / 03462-15667838. Enfermería de Alto Riesgo. **SALTA CAMPO QUIJANO:** Lic. Rosaria Francisca Gerónimo - 387 5025790

EN EL EXTRANJERO: COLOMBIA (BOGOTÁ): Enf. Sonia Pimiento. Tel. 571-629-0766. **CHILE (SANTIAGO):** Lic. Celsa B. Parrau Tejos. Telefax 6347438. **MÉXICO DF (CAPITAL):** Lic. Claudia Alarcón Morales. Tel. 53-413157. **URUGUAY (MONTEVIDEO):** Lic. Amanda Serrón. Telefax 598023 085866 (de 8:00 a 11:00). **URUGUAY (MONTEVIDEO):** Lic. Teresa Estela Delgado González. Tel. 659-6007.

Editorial

En esta contradicción humana que se refleja en nuestro universo mundano, donde observamos la destrucción y la violencia generada por el mismo hombre, es difícil comprender cómo se vive o se experimenta el cuidado. En sintonía con la naturaleza, que se expide de diferentes maneras, devienen acontecimientos que nos sorprenden, ¿o no deberían sorprendernos? Observamos a través de los desastres naturales en distintos puntos del planeta cuánto tiene que ver el hombre en sus ansias de destrucción o de invasión y conquista, o quizás se trata simplemente de una serie de sucesos que resultan de la propia evolución terrestre generadas por los procesos y fenómenos geológicos, climáticos y hasta biológicos. Ante esta realidad compleja, donde las personas, las comunidades y los pueblos se ven sensiblemente afectados, es interesante reflexionar: ¿qué es posible abordar en tal sentido? ¿Qué es imposible tratar o entender?

A pesar de este panorama incierto, pueden percibirse algunas acciones tendientes al cambio: corrientes ideológicas que en todas partes del mundo buscan accionar a favor del cuidado del medioambiente, organismos sociales que suman voluntades a favor de los beneficios de la tierra y la naturaleza, inclusive en los entornos institucionales más formales existe cierta inquietud por cambiar algo.

Entonces el cuidado surge nuevamente como una esperanza. Ese cuidado primitivo, esencial, casi básico, propio de la naturaleza humana pero no practicado de esta manera, por lo menos, desde hace algún tiempo. Hablamos del cuidado como acto de vida, que se antepone a todas las acciones para poder desarrollar la evolución natural y algún tipo de proyección en la transformación humana. Quizás podamos denominarlo crisis, como tantas ocurridas

en la historia que nos llevaron a la generación de algunos cambios que necesitamos, que pueden redireccionar al futuro y a llevarnos a entender cómo practicar el cuidado en todas sus dimensiones: física, social y espiritual. A partir de esto los valores humanos vuelven a aflorar, resurge la mejor manera de preservarnos como especie, como personas y de preservar el medioambiente.

Existe una relación directa entre el cuidado del entorno y la salud. Nuestra profesión, la enfermería, se vincula directamente con estos principios. Ya lo definía Florence Nightingale en su teoría, si bien nunca lo describió exactamente así, sobre los 5 elementos esenciales de un entorno saludable: aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz. Un ambiente que no incluía únicamente a las instalaciones hospitalarias en Crimea e Inglaterra, sino que también hacía referencia a las viviendas de los pacientes y a las condiciones físicas de vida de los pobres. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar cuidados de enfermería adecuados. Estos principios siguen tan vigentes hoy como hace 150 años. Preocuparnos por nuestro territorio, nuestro mundo y el medioambiente es responsabilidad de todos los seres humanos. Nosotros, como profesionales de la salud, tenemos un rol preponderante en todas las acciones de cuidado, comenzando por la persona, la familia y la comunidad, siguiendo por el entorno y todos sus alcances, generando una humanidad posible y con calidad de vida.

Prof. Lic. Miriam Cañete
Directora

Red de Familias Prematuras

Lic. Laura Dobler*

DESARROLLO

Cada año en Argentina nacen algo más de 740.000 niños de los cuales el 8% (60.000) son prematuros, es decir, el parto se produce antes de las 37 semanas de gestación.

La Red de Familias Prematuras es una asociación civil sin fines de lucro formada por padres que transitan el nacimiento de niños y niñas antes de término y que, de forma voluntaria, buscan difundir las problemáticas que esta situación conlleva. Desde las propias vivencias, orientan sus acciones a contener, apoyar y guiar a quienes atraviesan esta experiencia y a sensibilizar a la sociedad en general.

DESDE LA RED SE TRABAJA PARA:

- Difundir y defender los derechos del prematuro.
- Brindar apoyo, contención y asesoramiento a familias que estén atravesando la experiencia de recibir un recién nacido prematuro.
- Colaborar con las autoridades y los profesionales de las áreas sanitarias, educativas y de servicios sociales con el fin de mejorar la atención prestada a los niños nacidos antes de término.

A su vez, la Red se organiza en tres comisiones: Salud, Educación y Comunicación.

COMISIÓN DE SALUD

Se encarga de organizar y brindar charlas informativas. El objetivo es crear un espacio de encuentro, apoyo y aprendizaje en donde las familias de niñas y niños prematuros puedan compartir preocupaciones y dudas con quienes ya han atravesado el mismo camino. Los encuentros se realizan en las neonatologías, en las residencias de madres o en los espacios brindados. El aporte de la Red al equipo de salud es

contribuir a mejorar las estrategias de trabajo con los padres/enfermeros.

En neonatología, las charlas se desarrollan siguiendo una guía preestablecida en la que se incluyen los siguientes temas: miedos frecuentes al recibir el alta hospitalaria, preparación de la familia y el hogar para recibir al bebé, cuidados esenciales (higiene, vestimenta, patrones de sueño, etc.), la lactancia, los beneficios de alimentar al bebé con leche materna, la necesidad de cuidar a quienes cuidan (controles médicos en la madre, búsqueda de una red de sostén, planificación familiar, etc.) y, por último, la importancia de cumplir con el programa de seguimiento para el bebé nacido de alto riesgo.

La Red brinda jornadas de trabajo en las escuelas de enfermería con el objetivo de concientizar que los padres no son visita y su importancia en la internación, que beneficia tanto a los niños nacidos prematuros como a la familia y los enfermeros.

COMISIÓN DE EDUCACIÓN

Se encarga de organizar y brindar talleres de Prematuridad y Derechos en establecimientos educativos. Se transmite información general y se comparten trabajos realizados por los niños, niñas y adolescentes integrantes de la Red. El objetivo es sensibilizar a toda la comunidad educativa sobre esta problemática.

COMISIÓN DE COMUNICACIONES

Es la que define las estrategias comunicacionales mediante las cuales se difunden lo que la Red quiere dar a conocer. Crean los contenidos y actualizan la web, la página de Facebook y los distintos medios sociales para poder llegar a más familias y profesionales.

META

La Red de Familias Prematuras busca llegar a más familias, más hospitales y más escuelas. Y para lograr ese objetivo convoca a quienes hayan transitado este camino.

Para contactarlos:

www.familiasprematargas.com.ar
red@familiasprematargas.com.ar

* Enfermera de Neonatología del Garrahan

La intervención de enfermería en el tabaquismo: por más niños sanos

Lic. Lorena Gonzalez*

Lic. Miriam Di Loretto**

Uno de los roles en la profesión de enfermería es la educación orientada a la prevención de enfermedades como el tabaquismo, una adicción que resulta perjudicial para la salud no solo de los fumadores sino también de los tabaquistas pasivos, en especial los niños.

La Asociación Argentina de Tabacología (AsAT) es una entidad Científica, Federal e Interdisciplinaria integrada por profesionales de distintas áreas (médicos, psicólogos, enfermeros, psiquiatras, etc) que trabajan en el control del tabaquismo. En esta oportunidad, nos centraremos en las actividades que realiza activamente el equipo de enfermería en lucha contra esta epidemia.



* Enfermera asistencial de cuidados críticos pediátricos hospital universitario Fundación Favalaro.
 Coordinadora Curso de enfermería intensiva Pediátrico.
 Directora de la Especialización en enfermería en paciente crítico pediátrico.
 Docente de la carrera de Licenciatura en enfermería en Universidad Favalaro.
 Comisión directiva de la Asociación de Argentina de Tabacología.

** Enfermero Principal de Medicina interna (Neumonología, Oncología, Gastroenterología, Transplante intratorácico, transplante multiorgánico y docencia e investigación).
 Coordinadora de la carrera de grado de Licenciatura en enfermería en Universidad Favalaro.
 Docente de la carrera de grado de Licenciatura en enfermería en Universidad Favalaro.
 Comisión directiva de la Asociación Argentina de Tabacología.
 Subcoordinadora de la sección de enfermeros y técnicos de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria.
 Integrante del programa para dejar de fumar. HUFF.

Los enfermeros, desde su rol de educadores en prevención y promoción de la salud, realizan intervenciones mínimas en cesación que tienen como objetivo hacer que los padres o cualquier familiar que rodea a un niño deje de fumar.

Estas acciones, que son de gran impacto en el fumador, se basan en 5 preguntas:

- **Averiguar:** si los padres del niño fuman y qué tipo de fumadores son.
- **Aconsejar:** brindando mensajes claros y contundentes sobre los beneficios.
- **Apreciar:** valorando la disposición de los pacientes para dejar de fumar.
- **Ayudar:** al fumador al abandono del tabaco, guiándolo a talleres de cesación tabáquica.
- **Acordar:** nuevos encuentros para ayudarlo en su plan de cesación

Las enfermeras de pediatría somos testigos de padres que acompañan a sus hijos en internaciones o consultas con aliento y ropa con olor a tabaco. Como profesionales de la salud conocemos los daños que provoca esta adicción, pero son pocas las intervenciones que se llevan a cabo.

Por esta razón, un grupo de enfermeras dedicadas al cuidado del niño y otras especialistas en tabaquismo nos propusimos realizar un cuento educativo, "Pedrito", que relata la historia de un pequeño que adquiere conocimientos en la escuela acerca de los daños del tabaco y lo traslada a su familia, haciendo que su padre deje de fumar.

Esta herramienta educativa fue diseñada para niños de 5 a 10 años porque, en esta etapa, comienzan a razonar y a comprender dentro de sus límites.

Van dejando el pensamiento intuitivo y subjetivo para transformarlo en un pensamiento lógico.

Preocupadas por los daños que provoca el tabaquismo en los más pequeños, decidimos diseñar una herramienta educativa y al mismo tiempo divertida para niños internados y sanos en el ámbito escolar. El objetivo del cuento es que ellos se informen, se cuiden y no se expongan a los tóxicos.

En el cuento podrán encontrar:

- 1 Un dibujo amigable, donde algunos se sienten identificados.
- 2 Un niño que investiga y busca ayuda sobre el tema.
- 3 Los daños del cigarrillo.
- 4 Pedrito, que averigua consejos e intenta ponerlos en práctica.
- 5 Pedrito ayudando a su padre a que deje de fumar.

La historia tiene como finalidad que los niños tabaquistas pasivos conozca los daños y en un futuro, siendo adolescente, no ingresen a esta adicción.

Link: <https://youtu.be/K7bf3Kv3NnU>



La importancia de los elementos distractores en la estadía hospitalaria de un paciente en edad pediátrica

Lic. Lorena Gonzalez*
Lic. Yamila Mangialardi**

La siguiente investigación demuestra el valor de poner en práctica diversos recursos para reducir el estrés y las alteraciones emocionales en el niño internado y así evitar el recuerdo negativo de esta experiencia

INTRODUCCIÓN

Cuando un paciente en edad pediátrica ingresa al hospital se encuentra en un lugar extraño, a veces hostil, que puede generarle temor y encubrir la libre expresión de sus sentimientos. Esta situación influencia en la relación con sus padres, el personal de salud y consigo mismo durante el periodo de internación.

Por ello, es importante considerar las características físicas del servicio para el entendimiento de las reacciones psicológicas de los niños hospitalizados.

* Enfermera asistencial de cuidados críticos pediátricos hospital universitario Fundación Favaloro.
Coordinadora Curso de enfermería intensiva Pediátrico.
Directora de la Especialización en enfermería en paciente crítico pediátrico.
Docente de la carrera de Licenciatura en enfermería en Universidad Favaloro.
Comisión directiva de la Asociación de Argentina de Tabacología.

** Enfermera asistencial de cuidados intensivos pediátricos en Hospital Universitario Fundación Favaloro.
Docente de la carrera de grado de Licenciatura en enfermería universidad Favaloro.

PROBLEMÁTICA

La estadía de un niño en el centro de salud es un activador de estrés importante que provoca en él y en su familia una alteración emocional y conductual que favorece el recuerdo negativo de esta experiencia. Para reducir estas alteraciones emocionales negativas se pueden implementar elementos distractores, como la ambientación con diseños infantiles, e intervenciones de profesionales idóneos en los cuidados del paciente y su familia, permitiendo así que ambos tengan una experiencia menos estresante y más tolerable.

La recreación es una estrategia terapéutica que tiene como objetivo satisfacer las necesidades que el paciente tiene alteradas, valorándolo como un ser físico, social, mental y emocional. También propicia la solución de problemas asociados a la estadía en un centro de salud, ya sea una hospitalización crónica (prolongada) o de un paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente.

Los temas que se deberán tratar son:

- La inseguridad.
- La baja autoestima.
- Las dificultades de socialización.
- El maltrato y la violencia.

Para ello, se trabaja con la utilización de la lúdica (objetos/juegos creativos) que constituye un lenguaje a través del cual el ser humano representa su mundo, temores y ansiedades, con la posibilidad de exteriorizar su situación y dar cabida a posibles resultados positivos.

Se ha observado que el paciente que tiene acceso a elementos distractores y recibe un trato empático tiende a recibir menor cantidad de sedo analgésicos, favoreciendo

así su recuperación, su comunicación con el entorno y el personal de salud, o haciendo que su estadía en el nosocomio sea más llevadera.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el momento de elección de los elementos distractores se debe tener en cuenta ciertas características:

Los colores suaves simbolizan inocencia, unidad, pureza, libertad, tranquilidad y son aconsejables para los niños. Por el contrario, los más oscuros son generadores de depresión o irritación. Los colores son estímulos visuales que pueden generar diversas reacciones en nuestro organismo y estado de ánimo. En el caso de niños hospitalizados, es aconsejable que en las paredes de su habitación haya aplicaciones u objetos de color rojo, ya que al percibirlos aumentan la energía y vitalidad.

En cambio, el amarillo y sus tonalidades favorecen la concentración y el desarrollo intelectual. La gama de los colores frescos y poco saturados (azul, verde o combinación) ayudan a la concentración debido a que transmiten un ambiente de tranquilidad y relajación.

El crecimiento infantil se produce entre el nacimiento y los seis años de edad. En esta etapa, los niños no tienen suficientes recursos para poder afrontar la enfermedad y su tratamiento y no comprenden por completo los motivos de su estadía hospitalaria. Estas vivencias ocasionan en su personalidad cambios muy importantes que se dan de forma muy rápida a escala física, emocional, motriz, psicológica, intelectual y social. Por esta razón, el psicólogo americano Erick Erikson indica que es imprescindible que los niños dispongan de recursos lúdicos y espacios que den respuesta a sus necesidades evolutivas.

- A partir de los 2 años comienza a surgir el juego simbólico que le permite estructurar su tiempo de ocio sin restricciones
- A partir de los 3 años el niño ya ha desarrollado las habilidades necesarias para empezar a ser autónomo. Es un momento en que le es necesario poder elegir esta autonomía (sentarse, levantarse, etc) y la hospitalización limita esta capacidad de elección. Esto puede llegar a provocar dependencia e inseguridad en el niño.
- A partir de los 4 años se inicia el periodo de creatividad y curiosidad: el niño imita todo lo que ve, aprendiendo a interactuar con el medio. A su vez, surge la conciencia con la que es capaz de comprender las explicaciones sobre su enfermedad.
- A partir de los 7 años ya es capaz de distinguir entre lo que es real y lo que es ficticio. Es importante que tenga otros compañeros. Es capaz de reflexionar sobre sus acciones, aumentando su nivel de comprensión sobre la enfermedad.
- En la adolescencia se produce la cimentación de su identidad. Está fuertemente arraigado al aspecto físico, provocándole depresión, dependiendo de las consecuencias de la enfermedad. Busca un alto grado de independencia.

Citamos un ejemplo: se nos ocurrió colocar dibujos en algunos cuadrantes del techo de la terapia intensiva. Muchos pacientes que se encuentran allí llevan tiempo intubados y en el momento del destete, les decimos que respiren por el tubo como si fuera un snorkel. Así, en vez de ver un techo blanco y frío, pueden distraerse con estos animalitos amigables y cálidos.

Otro ejemplo: en el momento de realizar la higiene y el acondicionamiento del paciente podríamos

utilizar un “biombo” para aislar al niño, proporcionándole así la intimidad que requiere. Este dispositivo podría estar acondicionado con dibujos de animales que estén realizando la misma actividad, mostrándole además la importancia de higienizarse.

En las habitaciones podría haber animales terrestres y acuáticos como elementos decorativos de las paredes.





FUNDAMENTACIÓN

Existe un prejuicio del hospital, asociándolo con características negativas: un lugar oscuro, solitario, poco cálido, amigable y contenedor, entre otros. Una infraestructura de este tipo suele provocar sentimientos y sensaciones de tristeza, ansiedad, preocupación e incluso de enojo en quienes deben ser usuarios de los servicios que allí se prestan.

Ello se debe no solo a las características anteriormente mencionadas, sino que además se trata irremediablemente de un lugar destinado a la promoción, prevención y recuperación de la salud de las personas. Por eso, quienes concurren a un hospital no siempre lo hacen en las mejores condiciones personales y traen sentimientos negativos por el hecho de encontrarse en esa situación que interfiere en la realización de sus vidas.

Esto se acentúa más aun en los servicios de terapia intensiva en donde, por sus características generales, trabajamos con personas que están padeciendo un proceso patológico que suele prolongarse en el tiempo.

Si adecuamos todo lo mencionado a una perspectiva pediátrica (en una etapa de la vida en donde las actividades prioritarias son el aprendizaje, la exploración y el juego) podemos asociar sentimientos más profundos que incluso podrían marcar de por vida a ese niño, provocando alteraciones en su normal desarrollo cognitivo, psicológico y social.

Entonces, consideramos necesario realizar una modificación en esta cuestión teniendo en cuenta que todas estas características negativas que surgen en la relación niño-hospital podrían llegar a interferir no solo en un normal y correcto desarrollo del mismo sino también en la aplicación al tratamiento médico.

El proyecto de ambientación propuesto trata de dar solución a la problemática planteada en este artículo, permitiendo el desarrollo de la seguridad emocional, la confianza, tranquilidad, aceptación y protección en los niños hospitalizados. Es necesario aplicar las estrategias que adecuen el lugar de internación de modo que no esté tan lejano de la calidez, tranquilidad y confort del hogar del niño, teniendo en cuenta que el ambiente es el principal inductor del aprendizaje y crecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

—GONZALEZ BARRÓN, R. y MONTOYA CASTILLA, I. (2001). "La hospitalización pediátrica infantil: los espacios lúdicos". En: *Psiquis*. Vol 22. N° 6, pp: 264-275.

—ORTIGOSA QUILES, J.; MÉNDEZ CARRILLO, F. y RIQUELME MARÍN, A. "Hospitalización pediátrica: aplicación de los programas de preparación psicológica". En: *Información Psicológica*. Nro 90, Agosto de 2007. pp 48-59.

—JIMÉNEZ CAMPOVERDE, Leonela. Tecnología en diseño de interiores y decoración de ambientes: "ambientación y decoración de la sala de rehabilitación de pediatría del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja". Área de la educación, el arte y la comunicación, 1, 1-29. 2010, De Decoración en Pediatría Base de datos.

REVISTAS

—Revista de Decoración de Interiores, España

PÁGINAS WEB

<http://www.guiainfantil.com/servicios/decoracion/colores.htm>

<http://www.decopeques.com/espacios-cool-para-ninos-clinicapediatrica/www.ventilacion.com>

Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Informe de avance)

Mg. Lia Garnica*
 Lic Mariano Chávez**
 Prof. María Teresa Vázquez***
 Lic. Ema Vizcarra****
 Lic María del C. Cáceres*****

El uso de estas sustancias ha estado siempre asociado a ritos que se desarrollan en diferentes culturas y épocas de la humanidad, constituyendo una preocupación para la Salud Pública y toda la sociedad. Un estudio de caso en Santiago del Estero

Resumen: Las problemáticas del consumo de sustancias psicoactivas son abordadas en los campos sanitario y jurídico y, desde la praxis, la perspectiva de Derechos Humanos es la respuesta a las dificultades que la política de "guerra contra las drogas" ha traído a sectores de la población latinoamericana.

Por ello, se constituye un equipo interdisciplinario del área de Enfermería, Educación para la Salud, Psicología, Obstetricia y Sociología con la participación de egresados y estudiantes para el abordaje de esta problemática. En base a los hallazgos, se elaborará una propuesta de prevención del consumo de estas sustancias que ayude al equipo de salud a reforzar sus prácticas.

Palabras clave: prevención; sustancias psicoactivas; centros de salud periféricos.

Abstract: *These present study analyses, the consumption of psychoactive substances, we are target in the medical and ethic field and we works with the prospect of Declaration of Human Rights and the response to the politic, economic and social difficulties. That the "war on drugs" has brought by many people in Latin America.*

For these reasons was created an interdisciplinary team of the area the Nursing, Health Education, Obstetrics, Sociology, with the participation of graduates and the students.

In accordance to the findings, we make a proposal about to preventive of consumption of psychoactive substances.

Keywords: Preventive; psychoactive substances; peripheral health centers.

* Profesora Adjunta semi-exclusiva- Especialista en docencia universitaria-Investigador categoría III, UNSE

** Profesor Adjunto Exclusivo-Especialista en docencia universitaria-Investigador categoría III -UNSE

*** Profesora en Educación para la Salud- Especialista en docencia universitaria- Investigadora categoría IV-UNSE

**** Profesora Asociada Exclusiva-Especialista en docencia universitaria- Investigadora categoría V-UNSE

***** Jefe de trabajos Prácticos. Semi-exclusiva- UNSE

INTRODUCCIÓN

El equipo de investigación pretende explorar las prácticas de intervención en prevención de sustancias psicoactivas llevadas a cabo por los centros de salud del primer nivel de atención de la Ciudad Capital, provincia de Santiago del Estero, en el periodo comprendido entre 2015 y 2018.

Esto nos llevó a caracterizar a estos Centros de Salud en relación a los factores socio demográficos, a indagar sobre las prácticas preventivas en relación a los programas nacionales, sus normativas, sus procedimientos, sus contenidos y estrategias y a analizar los modelos que sustentan la intervención para la prevención del uso de sustancias psicoactivas.

DESARROLLO

Las sustancias psicoactivas son aquellas que pueden alterar los estados de conciencia, de ánimo y de pensamiento. Ejemplos de ellas son el tabaco, el alcohol, el cannabis, las anfetaminas, el éxtasis, la cocaína y la heroína.

Diversos estudios demuestran que su consumo ha estado siempre asociado a ritos, festividades, contextos de diversión y actividades cotidianas que se desarrollan en diferentes culturas y épocas de la humanidad, constituyendo una preocupación para la Salud Pública y toda la sociedad. Además, es nocivo para la salud integral de las personas y afecta a las familias y comunidades.

El incremento en el uso de estas sustancias provoca desafíos que el Estado debe afrontar desde la prevención con la intervención de protagonistas como la familia y la comunidad, a través de sus organizaciones sociales, abordándose desde

el paradigma de la salud, que considera al hombre como un ser integral en sus tres dimensiones: biológica, psicológica y sociocultural.

Según datos estadísticos de distintos países, la tendencia indica el descenso en la edad de inicio del consumo desde los primeros años de la adolescencia e incluso en edades aún menores, para consolidarse en etapas posteriores.

En todo el mundo, cerca de 200 millones de personas consumen algún tipo de droga legal o ilegal –por lo general cannabis pero también anfetaminas, opiáceos y cocaína– y es más habitual entre los varones y los jóvenes. El número de personas que consumen drogas por vía intravenosa también está creciendo, lo cual contribuye a la propagación del VIH.

Esta práctica, ya sea por placer o para aliviar el dolor, puede dañar la salud y provocar enfermedades del hígado o del pulmón, cáncer, lesiones o muertes por accidentes. También puede traer problemas sociales a corto y largo plazo.

Es importante aclarar por qué hablamos de “sustancias psicoactivas” y no de “drogas”. Las primeras hacen referencia a todas aquellas sustancias que, incorporadas al organismo, producen algún tipo de alteración del estado psíquico y de la conciencia. Y al hablar de las segundas, la gente solamente piensa en las ilegales como la cocaína, marihuana, éxtasis o el paco, y en algunos casos, el pegamento.

Cuando hacemos referencia a las drogas legales, normalmente hablamos de sustancias que tienen una tolerancia social y una aceptación que no están discutidas. Hoy, pensar que el alcohol es una droga es inaceptable y, sin embargo, junto con los psicofármacos son las sustancias que más problemas nos generan: sobredosis, suicidio y agresiones. Algunos ejemplos de los efectos en el plano social son las detenciones, la pérdida de las relaciones y el descuido de las obligaciones laborales y familiares. Se puede aseverar que no existe una causa única a la que pueda responsabilizarse sino que son tres los ámbitos concurrentes, necesarios y obligatorios para que pueda desarrollarse el consumo problemático: un contexto social, una persona con disposición y una o más sustancias.

Es por todo lo anteriormente expresado que el equipo decidió abocarse al estudio de esta problemática, cada vez más presente.

En esta investigación se utilizarán fuentes primarias, como las entrevistas semiestructuradas al equipo de salud y a los informantes claves, y fuentes secundarias: la revisión de documentos proporcionados por las Unidades Primarias de Atención (UPAS) y los Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

Se busca explorar las prácticas de prevención en los CAPS de la ciudad capital de Santiago del Estero en relación al consumo de sustancias psicoactivas desde una metodología cuali-cuantitativa y a través de un diseño exploratorio - descriptivo. Las unidades de análisis son los integrantes del equipo de salud de dichos centros (profesionales, técnicos y administrativos).

Se trabajará con instrumentos de base cuantitativa (encuesta) y cualitativa (entrevistas, análisis de contenido). Tomamos como recurso de apoyo informático el software Sphinx Plus 2 y Atlas - Ti.

TEORÍAS DE LA ADICCIÓN

En 1975, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) publicó el trabajo de Helen Nowlis que aborda la cuestión de las drogas a partir del análisis de la interacción entre la "sustancia", la "persona" y el "con-

texto". Nowlis (1975) identificó esquemas a partir de privilegiar en la conceptualización de la drogadicción a uno u otro elemento. Estos son:

- Modelo moral-jurídico, centrado en la sustancia como referente y que enfatiza las medidas legales y penales
- Modelo médico-sanitario, en el que al adicto se lo considera un "enfermo" que requiere curación
- Modelo psico-social, que se centra en el sujeto y en las necesidades que lo llevan al abuso de las sustancias tóxicas
- Modelo socio-cultural, que subraya la importancia del contexto con respecto a la génesis del consumo y del abuso de drogas.
- Un último enfoque es el de "la reducción del daño", modelo que surge en la década del 80 como una posible respuesta ante la pandemia del SIDA. Se basa en los derechos del sujeto a auto gobernarse y en el respeto a las posibilidades que cada uno de tiene de elegir, con cierto conocimiento, lo que quiere hacer.

Al hacer una revisión de los modelos explicativos del uso de drogas (o teorías de la adicción) que fundamentan tanto la prevención como la asistencia o tratamiento y rehabilitación de la "Drogadependencia", aparecen a lo largo del tiempo diversas definiciones referentes al entendimiento de las dimensiones que abarca el fenómeno "uso de drogas" y que se sustentan en la propuesta de Nowlis. (Pillon, 2008)

El discurso y la práctica de un trabajador de la salud incluyen saberes, habilidades y competencias propias que resultan de la legitimación del sistema de salud, por un lado, y de la entidad formadora, por el otro. En el caso de los profesionales que accedieron a la universidad, producen sus prácticas según la percepción de los problemas a los que se enfrentan, a sus formas de resolverlos, de prevenirlos y de su ideología, su forma de pensar el mundo y la sociedad.

Para que sea eficaz la intervención en esta temática, se requiere oponerse a la tentación de naturalizar la historia y discutir los puntos de vistas que se construyen sobre los sujetos de atención y del problema de las drogas en toda su complejidad. Sus saberes, prácticas y técnicas están atravesados por

las distintas representaciones que socialmente están configuradas sobre la droga y que están fuertemente impregnadas de prejuicios y estereotipos. (Abonizio, 2008).

Es en este punto donde surgen los interrogantes:

- ¿Cuál es la mirada de los trabajadores de la salud sobre la drogadependencia?
- ¿Cuáles son los dispositivos de prevención que se llevan a cabo?
- ¿Cómo valoran el impacto que tienen estos dispositivos?
- ¿Prevenir?
- ¿Qué?
- ¿Para qué?
- ¿A quién?
- ¿Cómo?
- ¿Con quién?

Recapitulando, esta investigación se estructura epistemológica y éticamente ante la existencia de amplia bibliografía que ha dado cuenta de las flagrantes violaciones de Derechos Humanos y criminalización de la pobreza pertrechados por el paradigma preventivo-punitivo. Estas prácticas represivas son emprendidas por las fuerzas de choque estatales, aunque también reproducidas sistemáticamente por otras instituciones en diversos grados materiales y simbólicos. Creemos importante este estudio de cara al nuevo marco legal y al cierto grado de apertura por parte del Estado para debatir sobre las concepciones y opciones frente al tema.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

Desde un análisis preliminar afirmamos que los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención de la ciudad de Santiago del Estero, como las Unidades Primarias de Atención (UPA), dependen

administrativa y financieramente del Ministerio de Salud de la Provincia mientras que los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) dependen de la Dirección de Salud de la Municipalidad de la ciudad capital de Santiago del Estero. Estos últimos fueron creados con el fin de descentralizar la atención.

Todos ellos poseen características similares respecto a las áreas geográficas de responsabilidad, que están constituidos por dos o tres barrios. Estas áreas, a su vez, están divididas en sectores para una mejor organización de las actividades relacionadas con la oferta de servicio de salud, organización administrativa, recursos humanos y material. En cuanto a la estructura edilicia, son diferentes unas de otras porque no todas son propiedad del Estado: algunas son alquiladas y otras son cedidas en comodato por distintas organizaciones. La coordinación es ejercida por diferentes profesionales del área de la salud y en relación a la conformación de los grupos de trabajo, algunos centros cuentan con equipos multidisciplinarios con médicos clínicos y especialistas en ginecología, pediatría, obstetricia, clínica médica y cardiología. Otras disciplinas que conforman el equipo de salud son enfermería, psicología, educación para la salud, obstetricia, agentes sanitarios, etc. Cabe destacar que algunos centros no cuentan con suficientes recursos humanos.

Tras analizar las acciones que realizan estos agentes de salud, podemos afirmar que en su mayoría se trata de prácticas basadas en el modelo biológico: se desdibuja al ser humano como un todo multidimensional y se trabaja tomando a la persona como una patología a dar solución, abocándose al trabajo de la curación que gira alrededor del consultorio. Muchas de las actividades que llevan a cabo están dirigidas al cuidado materno infantil, a través de las visitas domiciliarias, y también la asistencia a personas con patologías crónicas no transmisibles como la hipertensión, la diabetes, entre otras, restando importancia a la población adolescente.

Otras características similares de los centros de salud es que no solo se enfocan en su área geográfica de cobertura, sino que muchas veces atienden a personas de otras zonas. La población que concurre representa diversas tipologías familiares, niveles



socioeconómicos, educativos y culturales. Es necesario rescatar que debido a la situación económica actual del país, cada vez son más quienes acuden a las UPAS o CAPS, aún aquellos que tienen obra social.

En relación a las prácticas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, ninguno de ellos trabaja con programas o proyectos. Sin embargo, unos pocos profesionales llevan a cabo acciones aisladas referidas a los daños que producen las drogas en el organismo y su relación con actos delictivos y violencia doméstica. En la mayoría de los centros no se planifican acciones conjuntas con las diferentes instituciones que forman parte de su área geográfica de cobertura.

En definitiva, el presente es un informe de avance aún no concluido, donde se pudo observar hasta el momento una falta de concientización e información en el equipo de las UPAS y CAPS. La prevención del consumo no está dentro de su programación aunque reconocen que existe y quieren

participar del proyecto para contribuir a generar, después del proceso de aprendizaje, estrategias que ayuden a prevenir o disminuir el uso de sustancias psicoactivas.

BIBLIOGRAFÍA:

- ABONIZIO, M. (2008). Drogas: políticas, servicios y prácticas de salud. Del Revés: Rosario-Argentina.
- CZERESNIA, D., & MACHADO DE FREITAS, C. (2006). Promoción de la salud. Buenos Aires.
- NOWLIS, H. (1975). La verdad sobre la droga y la educación. UNESCO: Paris.
- PILLON, S. (2008). O uso de alcool e a educacao formal dos enfermeiros. San Pablo, Brasil.
- UNESCO. (1975). Interacción entre sustancia, persona y contexto. UNESCO: Estados Unidos

ORGANIZADA POR:



XXII JORNADA DE ENFERMERÍA

**JUEVES
19/10
2017**

HORARIO: 8.00 A 13.30 HS

*“Enfermería:
una voz para liderar”*

LUGAR: UCA (Universidad Católica Argentina)
Edificio Santa María de los Buenos Aires
Alicia Moreau de Justo 1300 - CABA
Subsuelo - Auditorio San Agustín

COMISIÓN DE ENFERMEROS DE GESTIÓN DE ADECRA

AUTORIDADES

Presidente | Lic. Graciela Rojas (Sanatorio de los Arcos)
Vicepresidente | Lic. Hna Mercedes Zamuner (Sanatorio Mater Dei)
Secretario | Lic. Aurora Fernandez (Clínica Modelo de Morón)
Revisor de cuentas | Lic. Sandra Coronel (Casa Hospital San Juan de Dios)
Vocal | Lic. Walter Piceda (Clínica Santa Isabel)

PROGRAMA

8.00 A 8.45 HS

Acreditación

8.45 A 9.00 HS

Apertura

Lic. Sandra Coronel - Casa Hospital San Juan de Dios

9.00 A 10.00 HS

**Enfermería a la vanguardia:
Congreso CIE 2017.**

Lic. Zulema Robles - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires
Lic. Sandra Coronel - Casa Hospital San Juan de Dios
Hna. Mercedes Zamuner - Sanatorio Mater Dei
Lic. Miriam Cañete - Sanatorio Anchorena

10.00 A 11.00 HS

Enfermería: Una carrera de interés público

Lic. Ramón Álvarez - Univ. Nacional de Lanús
Lic. Viviana Aguilar - Presidente de AEUERA
Coordinadora: Lic. Vivian Boyardi - Clínica Adventista Belgrano

11.00 A 11.30 HS

Pausa y Café

11.30 A 12.30 HS

Simulación: Una herramienta educativa y asistencial

Lic. Carla Prudencio - Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan
Lic. Dolores Latugaye - Universidad Austral
Coordinador: Lic. Hugo Servin - Clínica Espora

12.30 A 13.30 HS

Innovación creativa: Gestión del Cuidado

Lic. Walter Piceda - Clínica Santa Isabel
Lic. Isabel Vera - Corporación Médica San Martín
Coordinadora: Lic. Anita Carvalho Nasser - Clínica y Maternidad Suizo Argentina

13.30 HS

Cierre

Lic. Graciela Rojas - Sanatorio Los Arcos

ENTRADA LIBRE Y GRATUITA

**SE ENTREGARÁN CERTIFICADOS
AL FINALIZAR LA JORNADA**

INFORMES E INSCRIPCIÓN:

ADECRA (011) 4374-2526 - Montevideo 451, piso 10 - CABA
capacitacion@adecra.org.ar - www.adecra.org.ar - / Revista VEA Enfermería Argentina

Humanizar el cuidado de enfermería en el final de la vida

Lic. Beatriz Emma Albornoz*

Lic. Lilian Daniela Paredes Venegas**

Humanizar el cuidado en el proceso de morir de un paciente es un desafío que deben encarar los profesionales de la enfermería a partir de la incorporación de herramientas prácticas y conocimientos científicos, tanto en la formación como en el trabajo diario.

Resumen: Es importante implementar iniciativas que contribuyan a desarrollar buenas prácticas enfermeras dirigidas a las personas en el final de la vida, con el fin de garantizar la humanización de los cuidados a través de una intervención empática, ética y de calidad. Pero más importante es que cada enfermera sea consciente del valor que tiene lo que hace, del potencial que tiene en sus manos y que lo utilice en el momento justo y con quienes lo necesitan.

Palabras clave: cuidado humano, enfermería, final de la vida, cuidados paliativos.

Abstract: *It is important to implement initiatives which have the objective of contributing to develop good nurses practices, aimed at people at the end of life, in order to ensure the humanization of care, through an empathic, ethical and quality intervention. But most important is that each nurse, be aware of the value that has which she makes, the potential which has in her hands and using it at the just time and with those who need it.*

Keywords: *human caring, nursing, end of life, palliative care.*

* Lic. en Enfermería.

Enfermera del servicio de Neonatología del Sanatorio Lic. en Enfermería.

Curso de Actualización en Cuidados Paliativos. Departamento de Capacitación de Enfermería. Ministerio de Salud. GCABA. Becaria de Cuidados Paliativos (2012-2013). Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud de la Nación

Enfermera del Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital General de Agudos "Dr. Juan Fernández". GCABA.

Miembro del Comité de Expertos de Enfermería en Cuidados Paliativos - CEECUIPAL - Federación Argentina de Enfermería.

** Lic. en Enfermería

Curso Avanzado de Orientación en Cuidados Paliativos. Asociación Pallium-Latinoamérica/Oxford Internacional Centre for Palliative Care.

Coordinadora del Equipo de Enfermería de Internación Domiciliaria y Cuidados Paliativos (2003-2006). Hospital Francés.

Enfermera del Servicio de Cuidados Paliativos e Internación Domiciliaria. Hospital Cesar Milstein.

Miembro del Comité de Bioética del Hospital César Milstein. INSSJP.

Miembro del Comité de Expertos de Enfermería en Cuidados Paliativos - CEECUIPAL - Federación Argentina de Enfermería.

DESARROLLO

En nuestros lugares de trabajo, hospitales públicos y privados, con frecuencia se presentan situaciones en las que los profesionales de la enfermería no tienen en cuenta la situación del paciente, sus sentimientos y sensaciones. Por ejemplo: la hija de una paciente internada por diagnóstico de patología oncológica en estado avanzado se dirige a la enfermera porque a su madre le falta el aire, a lo que ella responde: "¡Es normal que le falte el aire! ¿Vos no sabías que tu mamá tiene cáncer de pulmón?"

Si nos detenemos un momento a reflexionar sobre esta descripción de la realidad, comenzarán a surgir recuerdos de numerosos casos y anécdotas que no harán más que poner de manifiesto la práctica deshumanizante en que se ha convertido el cuidado enfermero. Esto se agrava aún más cuando los pacientes son personas que están atravesando la etapa final de su vida.

Entonces, surgen una serie de interrogantes: ¿cómo llegamos al punto en que estos hechos puedan formar parte de nuestra realidad?, ¿cómo podemos evitar prácticas deshumanizantes en el desarrollo de nuestro trabajo?, ¿la enfermería es consciente de la importancia de su rol y de las intervenciones que puede realizar para generar cambios?

FACTORES DETERMINANTES DE LA DESHUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

Las instituciones sanitarias, en su mayoría, fundamentan su desarrollo a partir de un modelo biomédico curativo que corre el riesgo de transformar a las personas enfermas en una expresión puramente biológica que identifica al paciente por su patología o, cuando está inter-

nado, por el número de cama. Enfermería, al adaptarse a la política organizacional, comienza a alejarse de los paradigmas de su profesión: la visión humanística y holística del cuidado.

Otro factor determinante de la deshumanización es la búsqueda de la eficiencia con la incorporación cada vez más significativa del soporte tecnológico, lo que nos lleva a un mayor acercamiento "a las máquinas" y a un alejamiento de la persona que está tendida en la cama esperando nuestra ayuda.

Algunas de las causas que conducen a la deshumanización de los cuidados enfermeros son: la comunicación inadecuada, la falta de recursos, la escasez de personal, la sobrecarga de trabajo, el aumento de las exigencias y el nivel de complejidad, el doble empleo, la falta de motivación e incentivos, la ausencia de responsabilidad profesional, el agotamiento físico y emocional, el temor a la muerte, el incremento del estrés, las condiciones laborales y salariales inadecuadas.

De la misma manera, identificamos que la falta de inclusión de los Cuidados Paliativos como una asignatura en la carrera de grado de enfermería y en los programas de capacitación continua contribuye a la deshumanización en la atención de las personas con enfermedades incurables. Ante esto, nos encontramos en la práctica con jóvenes profesionales que comienzan su experiencia laboral con escasas herramientas para afrontar la complejidad del cuidado específico de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y en etapa terminal.

MODELOS CONCEPTUALES QUE CONTRIBUYEN A LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO

En la década del '80, las concepciones de la disciplina enfermera se orientaron hacia la "escuela del caring/cuidado". Una de las teóricas que la representa

es Jean Watson, quien diagramó la “teoría del cuidado humano” definiéndolo como un proceso intersubjetivo que tiene el propósito de ayudar a las personas a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu.

Sostiene que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados si consideran la espiritualidad, si perciben y sienten lo vivido por la otra persona, si responden de manera que le permita exteriorizar los sentimientos o los pensamientos y si integran los conocimientos enfermeros con las diferentes dimensiones del individuo, preservando la dignidad humana¹.

Watson categoriza el cuidado en dimensiones que aportan elementos que contribuyen a la humanización de la práctica enfermera² y que podemos considerar si nos proponemos generar cambios que favorezcan nuestra tarea. Estos son:

- **Interacción paciente - enfermera:** hace referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interrelación, tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (empatizar) estableciendo una relación compasiva, cálida y cercana. La empatía es la capacidad de experimentar y comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión estableciendo una relación de ayuda.

¹ Koruac Suzanne, Pepin et al. (1996: 42-44).

² Watson J. (1988: 9-30).

Ejemplo: la enfermera se acerca a Lautaro, un paciente con diagnóstico de enfermedad oncológica. Lo observa, lo nota pensativo y luego de saludarlo le hace una pregunta que le permita expresar lo que siente: “Lautaro ¿hay algo que le preocupa? ¿Quiere contarme?” De este modo le está dando la posibilidad de expresar, si lo desea, sus preocupaciones o necesidades en las diferentes dimensiones: física, emocional, social, espiritual o relacionadas con sus allegados.

- **Apoyo emocional:** a través del soporte que percibe el paciente en la interacción con la enfermera en actividades sencillas y significativas como mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, tener un trato amable, cálido, que brinda serenidad, confianza y produce un sentimiento de bienestar.
Ejemplo: la enfermera ingresa a la unidad del paciente para realizar un control de signos vitales y percibe en el rostro signos de haber llorado. Entonces, prioriza esta situación y deja de lado los elementos para los controles, se acerca a la cama, se sienta a su lado, lo mira a los ojos y tomándole la mano le pregunta: “Agustín ¿puedo ayudarlo en algo?”
- **Apoyo físico:** consiste en los detalles de cuidado que el paciente percibe del personal de enfermería cuando están en contacto con ellos al realizar los procedimientos y al considerar sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor u otros síntomas.



Ejemplo: el enfermero coordina con el paciente, que tiene dolor severo y que ha recibido un analgésico, el momento apropiado para realizar la higiene personal y las medidas de confort. También le ofrece aplicar una técnica complementaria para el alivio del dolor, como es un masaje relajante utilizando crema humectante.

- **Atención anticipada:** definida como el comportamiento del enfermero que identifica con anticipación necesidades del paciente, con lo cual podría prevenir complicaciones o situaciones de crisis. Enfermería tiene la responsabilidad de resguardar la salud a través de actividades preventivas. Para ello, es importante enseñar a los pacientes métodos de resolución de problemas e identificar la capacidad de afrontamiento y la adaptación a las pérdidas, respondiendo preguntas y explicándole sobre los procedimientos a realizar.

Ejemplo: el médico indicó a la señora Rosa, que tiene dolor por cáncer de páncreas, comenzar con opioides. El enfermero le explica a la paciente y a su familia en qué consiste el tratamiento farmacológico que recibirá y sus efectos secundarios, para evitar la falta de adhesión al tratamiento.

- **Priorización en el cuidado:** hace referencia al cuidado de enfermería que está orientado a considerar a la persona enferma como el actor más importante en la planificación de los cuidados,

identificándola por su nombre, respetando sus decisiones, su intimidad, su integridad. El objetivo es brindar un cuidado que proteja y conserve la dignidad de la persona y su derecho a ser considerado un ser humano hasta el final de su vida.

Ejemplo: la enfermera se dirige a un paciente con diagnóstico de enfermedad en etapa avanzada y sin posibilidades de tratamiento curativo y le informa que debe realizarle una extracción de sangre para un control de rutina. El paciente se niega, le dice que está cansado que lo pinchen y no quiere seguir sufriendo. La enfermera se sienta junto a él y le pregunta: "Antonio ¿quisiera contarme cómo se siente?" De ese modo, valida las decisiones del paciente acerca del tratamiento y le da un espacio para expresar sus emociones con respecto al sufrimiento.

- **Disponibilidad para la atención:** corresponde a la disposición que tiene enfermería, identificando el momento adecuado para brindar los cuidados, estar pendiente del estado de ánimo del paciente, de su dolor, sus sentimientos y necesidades de soporte y dedicación para intervenir de manera oportuna y eficaz.

Ejemplo: una paciente con cáncer de pulmón no pudo dormir en toda la noche por disnea y logra descansar a primera hora de la mañana. Todas las medidas de higiene y confort, que por rutina se



realizan por la mañana, serán postergadas hasta el momento en que la paciente despierte y se sienta en condiciones de recibir la atención. Los cuidados de enfermería se planificarán en relación con las necesidades del paciente y su situación clínica y no en función de las necesidades del equipo de salud.

APORTE DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS QUE CONTRIBUYEN A LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO EN EL FINAL DE LA VIDA

Los Cuidados Paliativos aportan estrategias que permiten redescubrir las posibilidades que tiene enfermería para incorporarlas al cuidado diario y generar cambios, considerando las prioridades que tienen las personas con enfermedad crónica avanzada que están atravesando la etapa final de la vida. El objetivo fundamental es mejorar el bienestar del paciente y brindar soporte a la familia. Las estrategias se apoyan sobre sólidos principios³:

- Comunicación adecuada con los pacientes, familias y equipo profesional.
- Control de los síntomas, basado en una valoración correcta.
- Identificación de las necesidades emocionales y espirituales.
- Cuidado integral y continuo en todo el proceso de evolución de la enfermedad y en el ámbito elegido por el paciente.
- Enfoque multidimensional e interdisciplinario.

Incorporar estas estrategias a la práctica implica que se debe plantear de manera formal la inclusión de los Cuidados Paliativos en todos los niveles de formación del personal de enfermería: el pregrado, el posgrado y la educación continua e incidental en los servicios.

Es necesario actualizar la capacitación, fomentar el análisis crítico y la elaboración

personal y grupal de las situaciones de angustia y tensión que ocasiona el asistir a pacientes con enfermedades incurables, como así también poder recibir el soporte apropiado y el “cuidado humanizado” que merecen los enfermeros.

Esto permitirá un manejo más adecuado de las situaciones de estrés, contribuyendo a la prevención del burn-out y la eficacia de la tarea de enfermería integrada al equipo multiprofesional e interdisciplinario.

CONCLUSIÓN

Humanizar el cuidado enfermero en el proceso de morir es un desafío que podemos encarar a partir de la incorporación de herramientas prácticas y conocimientos científicos que aportan teorías de la ciencia enfermera como Jean Watson y los Cuidados Paliativos. Pero creemos que, fundamentalmente, se trata de un cambio de actitud en la manera de escuchar, observar, acercarnos y tratar de comprender aquello que nos expresa, a veces sin palabras, la persona que está atravesando la última etapa de su vida. Y atender del mejor modo posible sus necesidades esenciales: recibir afecto, derecho a ejercer su autonomía, respetar su dignidad, permitir la expresión de su espiritualidad y siempre renovar la esperanza.

BIBLIOGRAFÍA

- KÉROUAZ, S., PEPIN J., et al. (1996) El pensamiento Enfermero. Editorial Masson: Barcelona.
- WATSON J. (1988) Enfermería: ciencia humana y cuidado humano. Una teoría de enfermería. National League for Nursing Publications: Nueva York.
- MARTÍNEZ CRUZ, M.B., MONLEÓN JUST, M. et al (2012). Enfermería en Cuidados Paliativos y al final de la vida. Elsevier España: Barcelona. vida y de la muerte. Urano: Barcelona.
- SOGYAL RIMPOCHÉ (1994) El libro tibetano de la vida y de la muerte. Urano: Barcelona.

³ Martínez Cruz, Monleón Just et al (2012: 16).



vea

VISIÓN DE **enfermería** ACTUALIZADA

¡AHORA ES DIGITAL!



01 REGISTRATE en www.adecra.org.ar/revistavea

02 RECIBÍ en tu mail
LOS DATOS DE ACCESO

03 ACCEDÉ a todos
LOS CONTENIDOS GRATIS

¡Consultá el último número y ediciones anteriores!

CPAP nasal bajo agua o de burbuja en Prematuro

FICHA
50

Lic. Miriam Cañete

Un recuento sobre los cuidados de enfermería necesarios para un paciente neonatal al que se le ha practicado presión positiva requiere de una valoración de la vía aérea y una valoración integral.

La presión positiva continua en la vía aérea (CPAP, por sus siglas en inglés o PPC, en castellano), como su nombre lo indica, es la aplicación de presión positiva (presión supra-atmosférica) en la vía aérea durante y al final de la espiración de un paciente que, como condición indispensable, respira espontáneamente.

OBJETIVOS DE LA CPAP

- Mejorar la distribución de la ventilación a nivel alveolar logrando la apertura de la vía aérea superior
- Evitar el colapso alveolar manteniendo el volumen pulmonar residual y mejorando el volumen corriente.
- Mejorar la sincronización del trabajo respiratorio al coordinar el movimiento tóraco-abdominal.
- Evitar el colapso alveolar
- Favorecer la apertura de la vía aérea superior.

PUNTOS A TENER EN CUENTA

El CPAP bajo agua con burbujeo es un sistema de flujo continuo en el que la salida de gases se produce a través de una tubuladura sumergida en un frasco bajo agua a una determinada profundidad, que indica la PEEP (presión positiva administrada). El paciente debe forzar su espiración para que baje el nivel de líquido en la columna y así permitir la salida de gases. A mayor profundidad de la columna, mayor PEEP.

La aplicación exitosa de CPAP de burbuja requiere cuidados de enfermería elaborados. El sistema tiene que ser cómodamente instalado y colocado en la cabeza del bebé. Las cánulas nasales pueden ser aseguradas, colocándole un “sombrero” del tamaño adecuado que se apoye en la parte inferior de las orejas y en la frente del niño. El tubo se puede fijar con la ayuda de los pernos de seguridad y las bandas de goma.

Las cánulas nasales deben colocarse correctamente para evitar fugas de aire. También se puede colocar un bigote de velcro sobre un trozo de apósito



Salida de gases calentados y humidificados



Frasco salida angosta



Frasco salida ancha

de hidrocoloide en el surco nasolabial para evitar el encarcelamiento accidental de la púa en el tabique. La aspiración nasal suave es importante para mantener despejadas las vías respiratorias.

La descompresión frecuente del estómago del bebé con sonda orogástrica es necesaria para promover la comodidad y para evitar la distensión del estómago, que puede presionar el diafragma y comprometer la respiración.

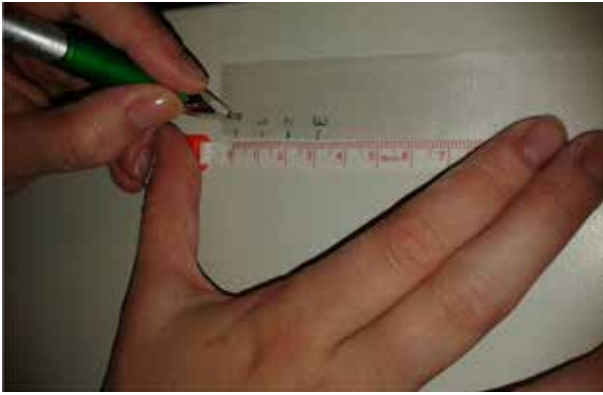
El CPAP no contraindica la alimentación. Éstas están relacionadas con alteraciones anatómicas y/o patológicas de la vía aérea o del parénquima pulmonar como la hernia diafragmática, el paladar hendido, la atresia de esófago con fístula, la presencia de neumotórax o acidosis metabólica intratable. También está contraindicado ante la presencia de apneas centrales del prematuro que no responden en forma adecuada al tratamiento con xantinas.

Como efectos no buscados puede disminuir el gasto cardíaco por alteración en el retorno venoso pulmonar, provocado por aumento de presión intratorácica, lo que es más frecuente a mayor presión positiva de fin de la espiración (PEEP) administrada. Por la misma razón puede disminuir la filtración glomerular, la diuresis y la excreción de sodio y potasio. Estos efectos adversos pueden modificarse con la disminución de la PEEP.

Indicaciones: síndrome de dificultad respiratoria, Post- extubación, Apneas obstructivas, DBP, Enfermedades pulmonares restrictivas, Traqueomalacia.

EQUIPO

- Cuna de calor radiante/ incubadora
- Monitor de frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación
- Ambú
- Máscara
- Sonda orogástrica
- Agua estéril
- Fuente de oxígeno
- Humedificador con servocontrol
- Circuito y gorro para CPAP
- Cánulas nasales cortas para CPAP
- Mezclador de aire – oxígeno
- Tubo proximal
- Tubo distal



- Termistor de temperatura
- Ventilador mecánico
- Dispositivo para CPAP
- Tubo inspiratorio
- Tubo espiratorio
- Flujómetro
- Manómetro
- Frasco y agua
- Apósito hidrocloride
- Apósito transparente
- Cinta adhesiva tipo durapore
- Equipo de aspiración
- Gorro de algodón
- Ligas y alfileres de seguridad

PROCEDIMIENTO

El sistema de administración de CPAP consta de tres partes fundamentales: la fuente de gases, el generador de presión y la interfaz entre la vía aérea del paciente y el sistema de administración.

Como interfaz se recomienda la utilización de las cánulas binasales cortas de fijación lateral tipo Hudson o Silmag. Hay cánulas de diferentes tamaños de acuerdo al peso del paciente: para 700 gr. de 0 a 7,5, 1 a 9 para 1000gr, 2 a 10.5 para 200gr. y 3 a 12 para 2000. Generalmente, se comienza con una PEEP de 5 cm de agua, lo que equivale a sumergir 5cm la columna. El frasco no debe ser cerrado o con una salida pequeña, sino de boca ancha o con aperturas. De lo contrario, liberaría el flujo de gas más lentamente que la velocidad con que ingresa, aumentando el PEEP en forma descontrolada e inadvertida.

PREPARACIÓN DE CPAP DE BURBUJA

Fuente de mezcla aire- oxígeno: conectar el blender a la fuente de aire y oxígeno.

- Seleccionar la FIO para mantener la Pa de oxígeno en 50 mm de Hg o una saturación de oxígeno de 90 %.
- Ajustar el flujo de 5 a 10 litros para generar la presión de CPAP deseada (usualmente de 5 cm de agua).



- Conectar el flujómetro con el humidificador, llenar la cámara de humidificación hasta el nivel adecuado.
- Mantener la temperatura del aire inspirado de 36 a 40 °C.
- Conectar el circuito inspiratorio entre el humidificador y la cánula nasal.
- Conectar el circuito espiratorio con el humidificador y el generador de presión.



Hidrocoloide y velcro

GENERADOR DE CPAP:

- Usar un frasco de 500 ml de agua estéril
- Colocar una cinta métrica de 1 a 7cm de arriba hacia abajo (el 7 abajo en la base)
- Eliminar el exceso de agua hasta dejar el nivel en 0
- Insertar el tubo distal a una profundidad de 5 cm (dejando 2 cm libres en un extremo)
- Fijar el tubo a la boca del frasco con una jeringa de 5 a 10 ml. Retirar el émbolo.



INTERFASE DE CPAP: CÁNULA NASAL.

Seleccionar el tamaño adecuado de cánula nasal.

Tamaño de la cánula	peso del neonato
0	< 1000 gr
1	~ 1000 gr
2	~ 2000 gr
3	~ 3000 gr
4	~ 4000 gr
5	infante

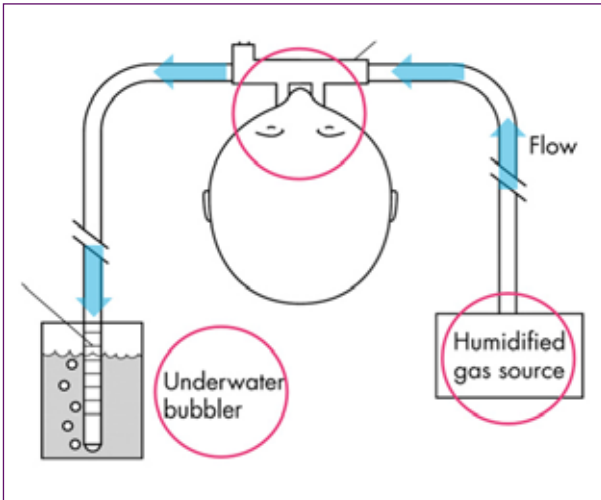
APLICACIÓN DEL CPAP EN EL NEONATO:

- Colocar al neonato en posición supina a 30 °
- Elevar los hombros del bebé y colocarlo en posición olfateo. Colocarle el gorro para sostener los tubos del CPAP.



CÁNULA NASAL: COLOCACIÓN

- Lubricar las puntas nasales de la cánula con solución salina o agua estéril.
- Colocar las puntas de la cánula en las narinas del bebé. Ajustar los codos que unen los tubos de las puntas nasales quedando lo más cómodo posible para el niño, evitando torceduras.

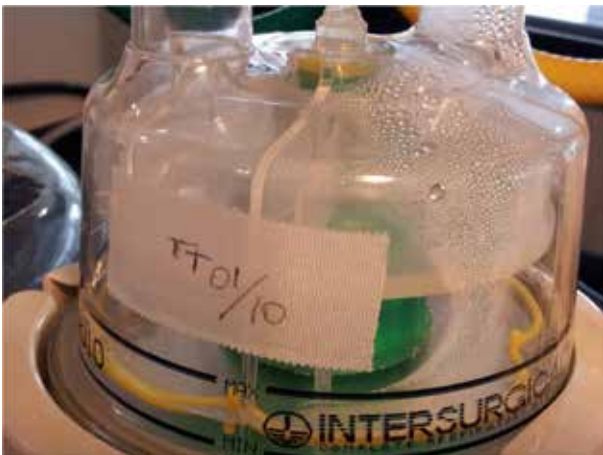


FIJACIÓN DE LA CÁNULA:

- Sujetar los tubos de ambos lados del gorro con alfileres de seguridad y ligas o velcro (el velcro evitará lesiones en el septum, protegiendo las narinas.)

VALORACIÓN

La valoración comienza con el examen físico como herramienta fundamental del enfermero, debiendo poner especial interés en la frecuencia y patrón respiratorio, aleteo nasal, esfuerzo respiratorio y retracción costal y la presencia o no de quejido. Es necesario auscultar la entrada de aire, simetría y ruidos anormales y la percepción de quejido que no era perceptible sin estetoscopio. Observar el color en busca de cianosis. Tener presentes para la valoración, el monitoreo de saturación, la interpretación de radiografías torácicas (RxTx) y los análisis de sangre, en especial la gasometría.



El CPAP nasal fracasa cuando:

- El paciente no tolera la presencia de la cánula o no se logra una adecuada fijación
- El tamaño de la cánula es inadecuado
- No se logra otorgar una PEEP controlada
- Las secreciones son abundantes e inmanejables y se obstruye la vía aérea frecuentemente
- Por apneas centrales importantes y seguidas
- Por inestabilidad hemodinámica.

Son criterios de ingreso en ARM convencional requerimientos de FiO_2 mayores a 60% para lograr una saturación mayor a 88%, cuando persiste la acidosis respiratoria y cuando presentan apneas graves.



RETIRO DEL CPAP:

- Hay una mejora de la patología que determinó su uso, evidenciada en la clínica, la radiografía de tórax y el laboratorio.
- Se puede disminuir la FiO₂ a menos del 30% y se puede suspender el tratamiento con oxígeno o administrarlo por otros métodos (cánula de bajo flujo o halo).
- Cuando las apneas que presenta el bebé son cortas, autolimitadas, que no provocan cambios hemodinámicos serios y son predominantemente centrales y no obstructivas. Disminuir primero la FiO₂ hasta menos del 30% y luego la presión retirando centímetros de agua de a uno por vez hasta llegar a 3 cm, evaluando la respuesta del bebé.

FINALIZACIÓN:

Realizar una valoración al final de la colocación monitoreando y registrando:

- Frecuencia respiratoria, esfuerzo respiratorio, apnea.
- Frecuencia cardíaca, llenado capilar y T/A.
- Distensión abdominal, peristalsis y ritmo evacuatorio.
- Tono, actividad y respuesta neurológica.
- Termoregulación.
- Verificar la posición del bebé.

El manejo del CPAP requiere de control estricto cada 30 minutos, previniendo complicaciones, registrar los parámetros y cambios u observaciones. Exige un equipo multidisciplinario capacitado y motivado para cuidar a los bebés, el equipamiento adecuado y el mantenimiento óptimo de la vía aérea.

Y después...

Luisina Bruno

No había que defenderse
No había que defenderse de nada
Si en realidad uno pasa por aquí y después las olas
y el viento
Si como lluvia pasamos
Ni siquiera como lluvia, pasamos como sueños

No había que aferrarse
No había que aferrarse a nada
Si en realidad como la arena vamos despojados
y después los ríos y las montañas
Si como flores nacemos
Ni siquiera como flores
pasamos como niños

La virtud es poder entender
La belleza de una madre
O las siluetas de la luz que encierran sombras

La dicha es aportar un pedazo de tiempo
Como barcos que quedan y aunque se oxiden quedan
Un verso, aportar un beso

Y decir te amo sin escrúpulos
Decir te amo sin tiempo
Y después un rayo
El fuego
Las manos

Los ojos como espejos
Y después

Reflexiones sobre lo transitado en el sistema de enseñanza superior en Enfermería

Prof. Lic. Cecilia Rossi*

Es necesario reconocer las tendencias imperantes en la educación superior, en el plano nacional e internacional, para promover el mejoramiento de la calidad a través de la revisión y actualización de los planes de estudio en las carreras de Enfermería y así favorecer la flexibilidad académica y su pertinencia social y laboral.

Los sistemas de enseñanza superior en general, y los de enfermería en particular, llevan implícitos la apreciación de constantes determinantes de distinto orden (demandas sociales, económicas y tecnológicas), para cuya atención precisan disponer de métodos educativos, de investigación y evaluativos adecuados que le permitan mejorar y actualizar la formación de sus profesionales.

Es por esto que la docencia debe trascender el proceso de enseñanza-aprendizaje, favoreciendo una renovación que considere: el avance científico, la versatilidad de los contenidos a enseñar, la incorporación de variadas metodologías que reemplacen la insuficiencia de las clases expositivas, el establecimiento de procesos de educación permanente que abran posibilidades a la educación continua, las expectativas de nuevos roles profesionales, sociales y de interdisciplinariedad, entre otros.

Sin embargo, con frecuencia las reformas en el ámbito educativo superior ofrecen resistencia, incertidumbre, inseguridad. Esto se basa fundamentalmente en la tradición de años y en posturas

*Profesora Titular de Cuidado Integral de Enfermería y Enfermería en la Atención del Adulto y Anciano II, Escuela de Enfermería, UNR. Investigadora categoría III a nivel nacional. Coordinadora Nacional de la Red ESAM Argentina. Representante docente en AEUERA y Comisión de Bioética, Facultad de Ciencias médicas, UNR, hasta junio 2017)

universitarias rígidas y rutinarias, lo que implica mantener una constante actitud de alerta, de motivación, de conocimientos y de trabajo en equipo que lleven a superarlas.

En este sentido, la Conferencia Mundial sobre la Educación Superior señala que la Educación Superior en el siglo XXI enfrenta desafíos y dificultades relativos a la igualdad de condiciones de acceso a los estudios, la necesidad de una mejor capacitación del personal, la búsqueda y conservación de la calidad de la enseñanza, la consistencia y pertinencia de los planes de estudios y la proyección de las posibilidades de empleo de los diplomados.

En la Conferencia Mundial 2009, que se desarrolló bajo el lema “la Nueva Dinámica de la Educación Superior y la búsqueda del Cambio Social y el Desarrollo”, se concluyó que expandir el acceso es un desafío para la calidad de la Educación Superior contemporánea, ya que este proceso requiere el establecimiento de sistemas que garanticen el logro de la ampliación de la cobertura, sin disminuir la calidad y con pautas claras de evaluación.

Los criterios de calidad deben reflejar los objetivos generales de la educación superior, en particular en lo relativo a cultivar en los estudiantes el pensamiento crítico e independiente y la capacidad de aprender durante toda la vida, fomentando la innovación y la diversidad. Para garantizar la calidad de la enseñanza superior es necesario reconocer la importancia de atraer, formar y mantener personal docente e investigadores calificados, talentosos y comprometidos.

La sociedad del conocimiento requiere una creciente diferenciación de los roles al interior de los sistemas y las Instituciones de Educación Superior, con lineamientos y redes de excelencia investigativa, innovaciones en la docencia/ aprendizaje y nuevos enfoques para el servicio a la comunidad.

Respecto al desarrollo del currículo y los modelos innovadores en la década de los noventa en México (DÍAZ-BARRIGA, 2003), se encuentra que la innovación se podía interpretar de muy distintas maneras, pero la mayoría de las veces era el resultado de la incorporación de las novedades educativas del momento. Por lo general, en los documentos base de las reformas —modelos educativos institucionales y propuestas curriculares— se expresaba como intención manifiesta la necesidad de atender a las demandas de una sociedad crecientemente globalizada, la llamada sociedad del conocimiento, así como dar respuesta a diversas políticas emanadas de organismos nacionales e internacionales.

Es así que la educación por competencias, el currículo flexible, las tutorías, el aprendizaje basado en problemas y casos, la formación en la práctica, el currículo centrado en el aprendizaje del alumno y otros más, se aglutinaron bajo la etiqueta de modelos innovadores. Volvemos a encontrar que el papel que se destina al docente en el proceso curricular es el de la persona que aplica en el aula lo que han diseñado los especialistas, por lo general con una participación más bien restringida en la toma de decisiones sobre el modelo o sobre los enfoques didácticos que éste incluye.

Una cuestión más que complica la posibilidad de innovar el currículo y la práctica reside en la forma en que se difunden las reformas curriculares. En algunas ocasiones, llegan a los profesores básicamente por medio de documentos impresos (el documento base con el modelo educativo, la nueva propuesta curricular), que además carecen de prescripciones claras para el trabajo en el aula.

Al respecto, en una investigación donde se entrevistó a profesores sobre la reforma curricular del nivel básico en el contexto bonaerense en los años noventa, Ziegler (2003) encuentra que se otorga a los docentes el papel de lectores de estos textos, es decir, fungen como receptores del saber de los especialistas. Según esta autora, las reformas operan ciertas tecnologías para la regulación de los actores y, por ende, textos como los mencionados (los documentos base) pretenden servir como herramientas de normalización de las prácticas docentes pero no logran incidir, por lo menos de la manera esperada, en el quehacer escolar cotidiano.

En todo caso, permiten un cierto nivel de interpretación y apropiación de la reforma, pero sólo en el nivel

discursivo y como forma de legitimación profesional. La intención de modelar o prescribir los procesos de reconstrucción de la docencia y la transformación de la institución educativa en cuestión, a través de la recepción de estos documentos, resulta muy limitada. Es necesario reconocer las tendencias imperantes en la educación superior, en el plano nacional e internacional, que promueven el mejoramiento de la calidad a través de la revisión y actualización de los planes de estudio, para favorecer la flexibilidad académica y su pertinencia social y laboral.

La carrera de Enfermería, en este proceso de reforma curricular, trabajó en torno al compromiso que tiene con la transformación de la realidad nacional, generando cambios en la sociedad con impacto en la salud del individuo y de los colectivos y con la construcción del saber propio de la profesión a partir del análisis de los conocimientos, metodologías y procedimientos de abordaje del cuidado de Enfermería, como objeto de la profesión.

Díaz Barriga señala que uno de los principales aspectos que marcaron y marcan los sistemas educativos en el inicio de este milenio es la decisión de impulsar un conjunto de reformas a través de las cuales se busca canalizar las demandas económicas, sociales, tecnológicas y científicas de la sociedad actual.

Esta emergencia de la "sociedad del conocimiento" le imprime a la formación de enfermeros un nuevo desafío: el de dar respuesta a los nuevos y viejos escenarios de salud individual y colectiva que conviven simultáneamente, a través de la formación

integral del futuro profesional que le permita un ejercicio intelectual, creativo, comprometido e interdisciplinario.

El logro de estos objetivos requiere, entonces, procesos pedagógicos dinámicos orientados hacia el encuentro interpersonal y dialógico dentro de un profundo respeto por la dignidad humana, la libertad, el pluralismo, la diversidad y la solidaridad.

También resulta interesante señalar que estos nuevos escenarios le imprimen a la formación una doble exigencia relacionada con la necesidad de construir enlaces entre el ámbito académico y el ámbito laboral.

BREVE HISTORIA

A partir de los años 60, se desarrollaron las construcciones teóricas y se perfilaron las bases científicas de los Cuidados de Enfermería con la consiguiente estructuración epistemológicas.

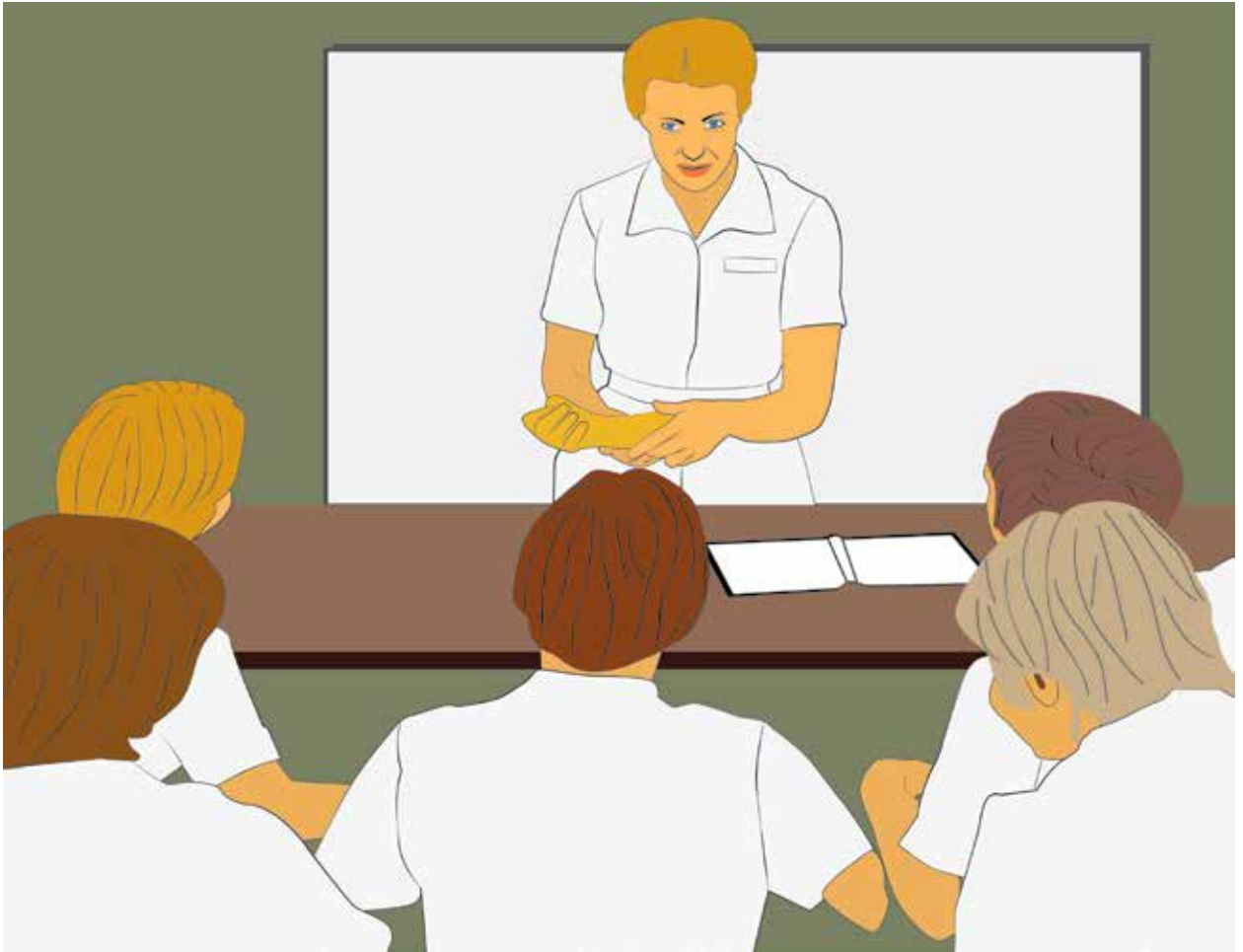
En el año 1967, las Escuelas de Enfermería de las universidades nacionales de Buenos Aires, Córdoba, Litoral y Tucumán fundaron la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina – AEUERA.

Uno de sus objetivos plasmado en el acta fundacional, y que se mantiene vigente, es el de establecer normas de educación de grado y posgrado con el fin de evaluar a las Escuelas Universitarias de Enfermería creadas y por crearse para garantizar la **calidad de la formación**.

La Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería implementó un Plan de Desarrollo Institucional y uno de sus proyectos incluyó políticas de Educación de enfermería a partir del año 2000, lo que comprende una clara voluntad de generar procesos de evaluación, acreditación y certificación para la profesión.

A su vez las **"Políticas de Enfermería para el Decenio 2000"** prevé, en la política instrumental del área educación, procurar la unificación de la emisión del título profesional en enfermería por parte de las Universidades.

En los últimos 10 años, las enfermeras argentinas, a través de sus principales organizaciones y con el apoyo y cooperación de la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)**, emprendieron el desafío de transformar la profesión en los siguientes aspectos:



- desarrollo integral y completo de recursos humanos en todos sus niveles,
- desarrollo de los servicios de enfermería,
- formulación de leyes de enfermería,
- participación en el ámbito político y en la toma de decisiones que atañen a la salud,
- desarrollo de las asociaciones.

Para producir cambios en los procesos educativos es necesario establecer estrategias que conduzcan a una sólida formación pedagógica, científica, humanística, ética y estética para los docentes.

Algunas instituciones han incrementado la formación de sus profesores como corresponde en los tiempos actuales. Y en este sentido, gran cantidad de docentes se encuentran realizando cursos de posgrado, especializaciones, maestrías y doctorados.

Claro está que la transformación en el cuidado de enfermería y en la formación requiere una articulación de trabajo conjunto colaborativo, creativo, productivo, de investigación entre las instituciones educativas y los servicios de enfermería de todos los efectores de salud.

En el año 2012, AEUERA trazó un plan estratégico para orientar sus esfuerzos hacia el fortalecimiento profesional y disciplinar de la enfermería argentina a partir de estrategias que, desde el ámbito educativo, fortalezcan la calidad de la educación y por ende la calidad de los cuidados que recibe la comunidad. Para consensuar este plan estratégico con todas las Escuelas miembros de AEUERA, las mismas contribuyeron a planificar y desplegar acciones colaborativas y proactivas para la mejora continua de la educación superior de enfermería, cuya tarea

esencial fue, además de la construcción del conocimiento, la formación integral del futuro profesional basado en el **cuidado de la salud** de las personas, los grupos y las comunidades mediante una práctica profesional reflexiva, crítica y comprometida.

En este marco, y considerando los más de 50 años de experiencia en la formación que la enfermería tiene en el espacio universitario, se hizo fundamental avanzar en las medidas pertinentes para asegurarle a la sociedad, calidad en el cuidado de las personas. Con esta mirada y estos objetivos, **AEUERA** trabajó arduamente en un documento y siguió un periodo de mucho trabajo, reuniones, discusiones y defensas por lo propio de la profesión con autoridades del CIN (Consejo Interuniversitario Nacional), del CU (Consejo de Universidades) y del CRUP (Consejo de Rectores de las Universidades Privadas).

El proceso de acreditación de carreras de grado de interés público comprende la realización de una autoevaluación de la carrera y la posterior actuación de un comité de pares. La introducción de esos mecanismos produjo la reacción de numerosas instituciones universitarias públicas por considerar que se menoscababa su autonomía.

En este sentido, Verónica Mulle, en un estudio realizado sobre el tema a partir de entrevistas a académicos de algunas universidades donde se implantaron reformas, señala que estos cambios se basaron en: "a) la inercia estructura de las instituciones, debido a que son instituciones complejas con mecanismos de toma de decisiones que contribuyen a dilatar los cambios; b) la falta de consenso tanto por parte de los estudiantes, cuanto por el cuerpo docente; y c) la resistencia al cambio, en virtud de que éste confronta las relaciones de poder establecidas al interior de las universidades y los acuerdos resultan difíciles (CORIA, DELUCA Y MARTINEZ, 2010)."

Finalmente, cabe destacar que según la Resolución N° 2721 del Ministerio de Educación, "por Acuerdo Plenario Nro. 136 de fecha 20 de Octubre de 2015 se prestó conformidad a las propuestas de contenidos curriculares básicos, carga horaria mínima, criterios de intensidad de la formación práctica y estándares de acreditación referidos a la carrera de LICENCIATURA EN ENFERMERIA, así como a las actividades reservadas para quienes hayan obtenido el correspondiente título y también manifestó su conformidad con la propuesta de estándares para la acreditación de la carrera de mención".

A partir de esta resolución, todas las Escuelas Uni-

versitarias pertenecientes a AEUERA tuvieron que rever sus planes de estudios, adaptarlos a lo establecido por el documento aprobado y prepararse para la autoevaluación institucional.

REFLEXION

Fue un trabajo muy arduo y con compromiso de todos los actores sociales involucrados (docentes, autoridades, administrativos), que se desarrolló conjuntamente con todas las actividades que tenían las instituciones en su vida cotidiana. En este momento, se espera la llegada de los pares expertos evaluadores seleccionados por CONEAU y sus técnicos.

Haciéndome cargo del pensamiento de mis colegas, con quienes trabajamos en este sentido, puedo afirmar que estamos convencidos de que nuestra disciplina profesional debe ser de excelencia para el cuidado de las comunidades y como responsabilidad ética de quienes formamos a los profesionales.

BIBLIOGRAFIA

—ARRATIA FIGUEROA, A. (1999) "La innovación en la educación superior en enfermería y los aportes del diseño de instrucción". *Rev.latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto* - v. 7 - n. 2 - p. 5-13.

—CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA EDUCACIÓN SUPERIOR (1998) "La Educación Superior en el siglo XXI: Visión y acción".

—CONFERENCIA MUNDIAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR (2009). "La Nueva Dinámica de la Educación Superior y la búsqueda del cambio social y el Desarrollo". UNESCO. Comunicado Final. Disponible en: <http://www.congresouniversidad.cu/sites/default/files/Conferencia%20mundial%20de%20educaci%C3%B3n%20superior%202009.pdf> Consultado el 17-07-12017.

—DÍAZ-BARRIGA, F. "Los profesores ante las innovaciones curriculares". Disponible en: <https://ries.universia.net/article/viewFile/32/91>.

—LÓPEZ MALDONADO, C. CAÑÓN, H. y otros (2005). "Reforma curricular de la carrera de enfermería: lineamientos para el proceso". V Congreso Internacional Virtual de Educación

—DÍAZ BARRIGA, F. (2005) "Evaluación curricular y evaluación de programas con fines de acreditación. Cercanías y Desencuentros." Conferencia pronunciada en el VIII Congreso Nacional de Investigación Educativa, Sonora, México.

—ASOCIACIÓN DE ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERÍA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (2013). "Lineamientos para la acreditación de la carrera de licenciatura en enfermería".

—ASOCIACIÓN DE ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERÍA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (2012). "Documento Plan Estratégico 2012-2020. Aeuera. Versión 2"

—MULLE, V. JANUSZEWSKI, S y otros. "La regulación de los títulos universitarios a partir de la Ley de Educación Superior Nro 24521: el caso de acreditación de carreras de grado de la Universidad de Buenos Aires". Disponible en: <https://fcecoordinacioneducacion.files.wordpress.com/2012/02/068>.

La entrevista laboral: un desafío en los profesionales de salud

Lic. María Lourdes Bressi *

Es fundamental que los profesionales de la salud participen de las entrevistas laborales en su área de trabajo y, para ello, es necesario que posean información y pautas marcadas para poder decidir qué postulante es el indicado para el puesto ofrecido.

Resumen: Este artículo examina el rol de los profesionales de distintas disciplinas de la salud en la realización de entrevistas laborales.

Las competencias propias de su formación complementan el trabajo del área de Recursos humanos en la selección de personal, facilitando la identificación de los postulantes más aptos para ocupar un puesto dentro de las instituciones.

Palabras clave: salud, gestión, recursos humanos.

Abstract: This article examines the role of professionals from different health disciplines in conducting job interviews.

The competences of their own formation complement the work of the Human Resources area in the selection of personnel, facilitating the identification of the most competent candidates to occupy a position within the institutions.

Keywords: Chagas, survey, community, nursing students, risk factors.

Cuando nos referimos a las entrevistas laborales, la mayoría de las veces pensamos en el postulante que intenta llevar preparadas estrategias, respuestas o solo mostrarse empático y agradable frente al entrevistador, dando cuenta de su expe-

riencia y formación con el objetivo de adecuarse a lo que busca la organización y poder ingresar a trabajar. Sin embargo, son muy pocas las veces que se trabaja en todo aquello que el entrevistador tiene que tener en cuenta a la hora de indagar. Y más aún si hablamos de profesionales de la salud, que en su gran mayoría poseen formación

* Licenciada en psicología, especialista en psicología laboral

y experiencia en temas técnicos pero no cuentan o no han desarrollado herramientas “blandas” o soft¹ y necesitan “claves” que pueden aportar información para evaluar si se encuentran delante de la persona con las competencias y conocimientos que están buscado.

Una modalidad enriquecedora será que, de manera conjunta, entreviste el área donde se abre la vacante y Recursos Humanos. Dicho proceso brindará un plus a la selección y aportará datos tanto desde lo técnico, experiencia y formación, como desde las habilidades personales del postulante. Además, será de gran ayuda contar con las siguientes pautas:

En primer lugar, se deberá tener en cuenta al momento de entrevistar qué tareas realizará el candidato, con qué conocimientos deberá contar, con qué personas se relacionará, qué competencias o qué rasgos de personalidad deberá tener, qué lugar tiene su puesto dentro de la Organización (Organigrama²). Encontraremos toda esta información en las Descripciones de Puesto³ realizadas por la institución, que nos brindan información útil para utilizarla como guía en la entrevista.

Y, por otro lado, debemos tener de antemano nuestras propias preguntas para el candidato. Por ejemplo, por qué se ha desempeñado en un área particular (con adultos, o niños, en áreas cerradas o en clínica médica, etc) y qué lo ha llevado a elegir dicha especialidad. Lo que responda y la manera de hacerlo nos brindará mucha información.

El lenguaje corporal es una manera de comunicarse mucho

¹ “Es un término utilizado en la psicología organizacional relacionado con el cociente de inteligencia emocional, y que es el conjunto de rasgos de personalidad, habilidades sociales, comunicación, lenguaje, hábitos personales, amistad y optimismo que caracteriza a las relaciones con otras personas, incluyendo el sentido común y una actitud flexible positiva.” <https://www.ignasialcalde.es/soft-skills-habilidades-blandas-en-las-organizaciones/>

² “Un organigrama es la representación gráfica de la estructura de una empresa o cualquier otra organización, incluyen las estructuras departamentales y, en algunos casos, las personas que las dirigen, hacen un esquema sobre las relaciones jerárquicas y competencias de vigor.” <https://es.wikipedia.org/wiki/Organigrama>

³ “La descripción de puestos es una herramienta utilizada en el área de recursos humanos que consiste en listar y definir las funciones y responsabilidades que conforman cada uno de los puestos laborales incluidos en la estructura organizacional de la empresa, detallando la misión y el objetivo que cumplen de acuerdo con la estrategia de la compañía. Se incluyen en esta descripción los conocimientos, habilidades y actitudes que deben presentar las personas que ocupen el cargo.” <http://blog.peoplenext.com.mx/descripcion-de-puestos-talento-humano>

menos controlada que el discurso verbal. Los cambios abruptos en los gestos y en la postura son un dato importante, lo mismo que en el tono de voz: cómo expresa lo que dice muchas veces es más relevante que el contenido de su discurso. Es importante poder escucharse y dar paso también a la intuición.

En cuanto al contenido, hay que apreciar las características de su lenguaje, la claridad o confusión con que se expresa, la preferencia por términos equívocos, imprecisos o ambiguos o si por el contrario, elige términos concretos, atinados, adecuados. Esto es muy importante porque está ligado a la manera de organizar su pensamiento: ¿Puede expresar sus ideas de manera clara? ¿Qué tipo de vínculo intenta establecer con el entrevistador? ¿Trata de mostrarse y mantenerse distante o se muestra empático, tratando de complacer, o demasiado verborrágico y por demás sociable?

Dichas modalidades nos brindarán pautas acerca de su relación con sus pares, sus superiores, los pacientes y sus familiares. ¿Serán las mismas competencias y condiciones de una enfermera/o que trabaja en el área de Pediatría, donde su mayor vínculo es con los niños y los padres, y su manera de comunicarse tendrá que ser totalmente diferente a la de aquellos que trabajen en la UTI, con pacientes en su mayoría dormidos, donde la relación principal será con familiares?

La escucha activa es una clave de las entrevistas laborales, ya que es la base de una buena conversación y de poder entender sobre las competencias del otro.

Otro punto que no debemos olvidar es que la etapa de selección es un momento de interés mutuo (del postulante hacia la organización y viceversa). Es por esto que quien realice las entrevistas tiene que estar convencido y “creer” en la organización, para brindar seguridad y conocimiento acerca de la misma, con el objetivo de comenzar a gestar el sentimiento de pertenencia de un potencial empleado.

Actualmente, uno de los temas más graves que atraviesan las instituciones es la rotación en los equipos de Enfermería y más aún en aquellos que están conformados por jóvenes que pertenecen a generaciones donde se busca la gratificación y la flexibilidad laboral. Debido a esto, el sentimiento de pertenencia es una de las variables a fortalecer desde el primer encuentro, para poder mantener a nuestros empleados.

Al momento de evaluar a un postulante, podemos enumerar una serie de pautas formales que han sido la columna vertebral durante décadas. Estos puntos nos orientarán en relación al compromiso y a su manera de vincularse con su entorno.

- La puntualidad.
- La apariencia o la prolijidad con la que se presenta.
- El interés y el conocimiento que posee en relación con el puesto y a la organización.
- La empatía y la manera que tiene el postulante de transmitir información.

Sin embargo, con la llegada de las nuevas generaciones, dichas pautas se han cuestionado debido a que los jóvenes rompen las reglas (su apariencia es más informal, la puntualidad no se corresponde con el nivel de compromiso, la manera de vincularse es desde un lugar de par y no de manera jerárquica, por ejemplo) y ponen su interés y el foco en otros valores. Es por esto que el profesional que realice las

entrevistas deberá tener en cuenta en qué estilo de Organización ingresará el postulante: si podrá adecuarse a la cultura de dicha organización y si ésta podrá adaptarse a las reglas de las nuevas generaciones.

Podemos ver que cada vez más, los equipos de trabajo necesitan negociar y trabajar sobre las diferencias generacionales. No obstante, en servicios de salud, donde la vida y el bienestar de nuestros pacientes dependen de ser atentos, puntuales y cumplir con normativas de seguridad y calidad, las pautas formales se vuelven imprescindibles y poco flexibles. Este es uno de los grandes desafíos actuales para la selección y el trabajo de los equipos de salud.

A modo de conclusión: tengamos en cuenta que esta etapa de evaluación y conocimiento será una pequeña muestra de cómo el postulante se desempeñará en la tarea y cómo se relacionará con su entorno. Es por ello muy importante prestar atención a estos detalles que, junto con la experiencia, harán de esa persona, el candidato adecuado para ocupar el rol.

PÁGINAS DE INTERNET CONSULTADAS Y UTILIZADAS:

<https://es.wikipedia.org/wiki/Organigrama>.

<https://www.ignasialcalde.es/soft-skills-habilidades-blandas-en-las-organizaciones/>

<http://blog.peoplenext.com.mx/descripcion-de-puestos-talento-humano>.





Adecra+Cedim

1º JORNADA DE
ENFERMERÍA NEONATOLÓGICA



*Cuidar el presente
para preservar el
futuro*

JUEVES 5 DE OCTUBRE DE 8.30 A 13.30 HS
AUDITORIO ADECRA I MONTEVIDEO 451 9º PISO

COORDINADORES: *Lic. Gustavo Silvio Villalba* / *Lic. Vanesa Arzamendia*

- 9.00 A 9.15 HS** ● **ACTO DE APERTURA**
Lic. Graciela Rojas | Presidente Comisión Enfermeros de Gestión de ADECRA
Jefa del Dto. de Enfermería Sanatorio Los Arcos
Lic. Miriam Cañete | Jefa del Dto. de Enfermería Sanatorio Anchorena
Directora de la Revista VEA
- 9.15 A 10.00 HS** ● **LOS PRIMEROS MIL DÍAS**
Ac. Miguel Larguía | Maternidad Ramón Sardá | Pte. Fundación Larguía
Coordinador: *Lic. Silvia Espada* / Hospital Interzonal de Agudos San Roque
de Gonnet
- 10.10 A 10.40 HS** ● **NEURODESARROLLO EN EL RNPT**
Lic. Esp. Paulo Arnaudo | Hospital Italiano
Coordinador: *Victoria Soria* / Sanatorio Mater Dei
- 10.40 A 11.00 HS** ● **PAUSA Y CAFÉ**
- 11.00 A 11.30 HS** ● **DUELO PERINATAL**
Lic. Estela Roa | Sanatorio Otamendi
Lic. María Aurelia Gonzalez | Fundación Larguía - Maternidad Sardá
Coordinador: *Lic. Gabriela Sanders* / Hospital Garrahan
- 11.30 A 12.00 HS** ● **SEGURIDAD DEL PACIENTE: UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ATENCIÓN PERINATAL**
Lic. Mariela Gonzalez | Sanatorio Finochietto
Coordinador: *Lic. María Santini* / Trinidad Palermo
- 12.00 A 12.30 HS** ● **LACTANCIA MATERNA | ALIMENTACIÓN OPORTUNA EN EL RNPT BANCOS DE LECHE**
Lic. Vanesa Valls | Maternidad Ramón Sardá
Coordinador: *Lic. Liliana Remogna* / Universidad Nacional de Avellaneda
- 12.30 A 13.00 HS** ● **HORA DE ORO DEL RNPT**
Dra. Liliana Roldán | Sanatorio Anchorena
Coordinador: *Lic. Leonarda Sulca* / Hospital Fernández
- 13.00 A 13.30 HS** ● **CIERRE Y ENTREGA DE CERTIFICADOS**
Lic. Gustavo Villalba | Maternidad Ramón Sardá

JORNADA NO ARANCELADA - CUPOS LIMITADOS

INFORMES E INSCRIPCIÓN:
capacitacion@adecra.org.ar / 4374-2526

Revisión bibliográfica: Experiencias emocionales en pacientes con tuberculosis pulmonar y herramientas de enfermería para la adherencia al tratamiento

Gabriel Joel More*

Este artículo intenta brindar herramientas al equipo de salud encargado del cuidado de personas que padecen tuberculosis, de modo que el paciente pueda lograr la adherencia al tratamiento y así recuperar su salud, evitando la propagación de la infección a la población más vulnerable y poder reinsertarse al contexto social.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que continúa presente en todo el mundo, reportándose casos positivos en los programas de control de cada sector de salud. Se transmite cuando la persona enferma habla, tose o estornuda, esparciendo las gotitas de flugge que contienen el mycobacterium, bacteria que se aloja generalmente en su medio más propicio por ser una aeróbica: los pul-

mones. La persona que padece tuberculosis pulmonar puede estar asintomática, denominada latente, mientras tanto expulsa las mycobacterias pudiendo causar infección activa en aquellos que tienen comprometido el sistema inmunológico (como son las personas con HIV o pacientes con tratamiento con corticoides, diabéticos, entre otros).

Cabe destacar que la tuberculosis se relaciona, con mayor impacto, con factores de riesgo como la pobreza, el hacinamiento, el analfabetismo, familias sin acceso a la salud. El síntoma principal es la tos persistente con o sin expectoración por más de 15 días, pudiendo estar acompañada por fiebre, sudo-

*Licenciado en Enfermería. Hospital Intendente Carrasco. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.

ración por la noche, pérdida de peso, cansancio permanente, falta de apetito, entre otros.

Esta infección pulmonar tiene un plan de tratamiento que se realiza en dos fases y bajo el control periódico de profesionales de la salud, teniendo en cuenta la voluntad y la información que el paciente necesita para realizarlo. En caso de no cumplirlo en forma completa, aumenta la probabilidad de resistencia a los medicamentos antituberculosos, lo que determinaría una baja o nula probabilidad de recuperación de la salud. Por ello es importante que se detecte la enfermedad, se inicie y logre con éxito la finalización del tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud indica en su sitio oficial que la tuberculosis es la segunda causa de mortalidad en el mundo. En el año 2013, 9 millones de personas enfermaron y 1,5 millones murieron por esta enfermedad.

En el día mundial de la tuberculosis, 24 de marzo de 2014, la OMS aprobó una estrategia que abarca un periodo de 20 años (2016-2036) con el lema "atender los 3 millones, para ponerle fin a la epidemia mundial de esta enfermedad y que no sea causa de mortalidad, morbilidad y sufrimiento". Los esfuerzos que se realizan en la actualidad para encontrar, tratar y curar a todos los enfermos son insuficientes. De los nueve millones de personas que contraen la tuberculosis cada año, una tercera parte queda "desatendida" por los sistemas de salud. Una gran parte de esos tres millones pertenecen a las comunidades más pobres, vulnerables y marginadas del mundo como los migrantes, los refugiados y desplazados internos, los reclusos, los pueblos indígenas, las minorías étnicas o los consumidores de drogas.

En 1990, cuando se firmaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Argentina se había comprometido a reducir en 2015 la tasa de casos de tuberculosis de 60 por cada 100 mil habitantes a la mitad. Actualmente, la tasa nacional se ubica en 21,3 por cada 100

mil habitantes, es decir, muy por debajo de lo estimado en dichos objetivos. Esto significa que en el último decenio, la tasa de notificación de la enfermedad descendió aproximadamente un 3% anual para el total de casos nuevos en nuestro país.

Respecto a la mortalidad, el compromiso asumido por Argentina en aquel entonces era reducir el indicador de 4,10 muertes por cada 100 mil habitantes a la mitad. En los últimos años esa tasa ha registrado un fuerte descenso: si en 2003 era de 2,40 muertes por cada 100 mil habitantes, en la actualidad es de 1,60 muertes por cada 100 mil, lo cual indica que hemos superado ampliamente las previsiones.

En Rosario, la tuberculosis está presente. Sin embargo, la ciudad cuenta con el Hospital Intendente Carrasco, una institución asistencial destacada por asistir enfermedades infectocontagiosas, que marca un óptimo resguardo para que los pacientes puedan llevar a cabo el tratamiento para la infección respiratoria en cuestión.

Actualmente, el número de personas hospitalizadas y con resultados positivos a la tuberculosis es menor al número de pacientes con sospecha de la infección, que se descarta a través de basiloscopias. Según datos estadísticos del año 2015, se presentaron casos confirmados en la sala de internación de la tuberculosis, que está preparada para el aislamiento y con medidas obligatorias de bioseguridad. Además, se trabaja con un circuito de atención al paciente, ya sea sospechoso o confirmado, que es consensuado con el equipo de salud interdisciplinario, el cual hace una revisión con frecuencia para optimizar y garantizar la atención a estos pacientes. Este trabajo está lineado sobre la problemática existente en la adherencia del paciente con tuberculosis pulmonar al tratamiento. Como enfermero, tengo en cuenta la concepción de que el ser humano es un ser biopsicosocial espiritual que transita experiencias emocionales positivas y/o negativas en su individualidad, a corto o mediano plazo.

CUADRO 1: Pacientes con tuberculosis confirmada y con sospecha. Junio – septiembre 2015

	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015
Confirmados	8	2	4	3
Sospechosos	15	21	17	17

Fuente: Departamento de Enfermería. Hospital I Carrasco. Octubre 2015

El cuadro explica que en el periodo de tiempo mencionado, 70 pacientes estuvieron hospitalizados como sospechosos y 17 con tuberculosis confirmada. Analizando estos últimos, en el mes de Junio se dio la mayor cantidad de infectados por la micobacterium y se confirmaron menos en los siguientes meses. En Julio se puede describir que dada la condición climática y el aumento de demanda relacionada con cuadros respiratorios, se presentaron mayor número de casos de sospechosos, utilizando y respetando el circuito del paciente con sospecha o confirmación de tuberculosis desde el ingreso a la institución, hasta su egreso de la misma.

Decidí realizar este trabajo tras una observación en la sala de internación donde estaban los pacientes diagnosticados con tuberculosis, aislados del resto de las personas. Se los notaba “reacios” en cuanto a la toma de la medicación, pocos colaboradores y agresivos con las medidas de bioseguridad. También tenían una distancia marcada con su familia y con los profesionales de la salud e internaciones reiterativas en corto plazo, ya que no cumplían con el tratamiento y hasta tenían intentos de suicidio en sus habitaciones.

Estas actitudes marcaban, en cierta medida, el tecnicismo en la función de enfermería (entrega de medicación, pedido de colaboración para las medidas de bioseguridad en forma reiterada, acondicionamiento de la unidad ya que estos se prestaban al abandono en todo su contexto, entre otras), porque el paciente no lograba eliminar estas actitudes en forma completa.

Como enfermero me preocupa el cuidado de las personas que padecen tuberculosis pulmonar y que una vez diagnosticados deben iniciar el tratamiento. Por ello, mi

propósito es brindar esta herramienta al equipo de salud interdisciplinario para una reflexión grupal, de modo que el paciente pueda recuperar su salud, evitando la propagación de la infección a la población más vulnerable y poder reinsertarse al contexto social.

El objetivo es revisar bibliografía que explore experiencias emocionales de personas con tuberculosis pulmonar y herramientas de enfermería para la adherencia al tratamiento.

METODOLOGÍA

La estrategia de búsqueda utilizada para la realización del presente estudio fue en primer momento la elección del tema: “Tuberculosis Pulmonar”. Se recortó el problema con la inquietud de una búsqueda de información sobre la enfermedad, la práctica enfermera y

las experiencias emocionales de los pacientes, para definir conceptos realizando una lectura crítica de cada uno de los resultados bibliográficos.

Las bases de datos utilizadas fueron Scielo; Pub Med (MeSH); Journal of nursing UFPE; Journal of

nursing UERJ. De estas fueron descartadas varias por no encontrar artículos pertinentes para la revisión y además por no ser de libre acceso.

Los 15 artículos seleccionados fueron analizados en forma crítica con el siguiente instrumento:

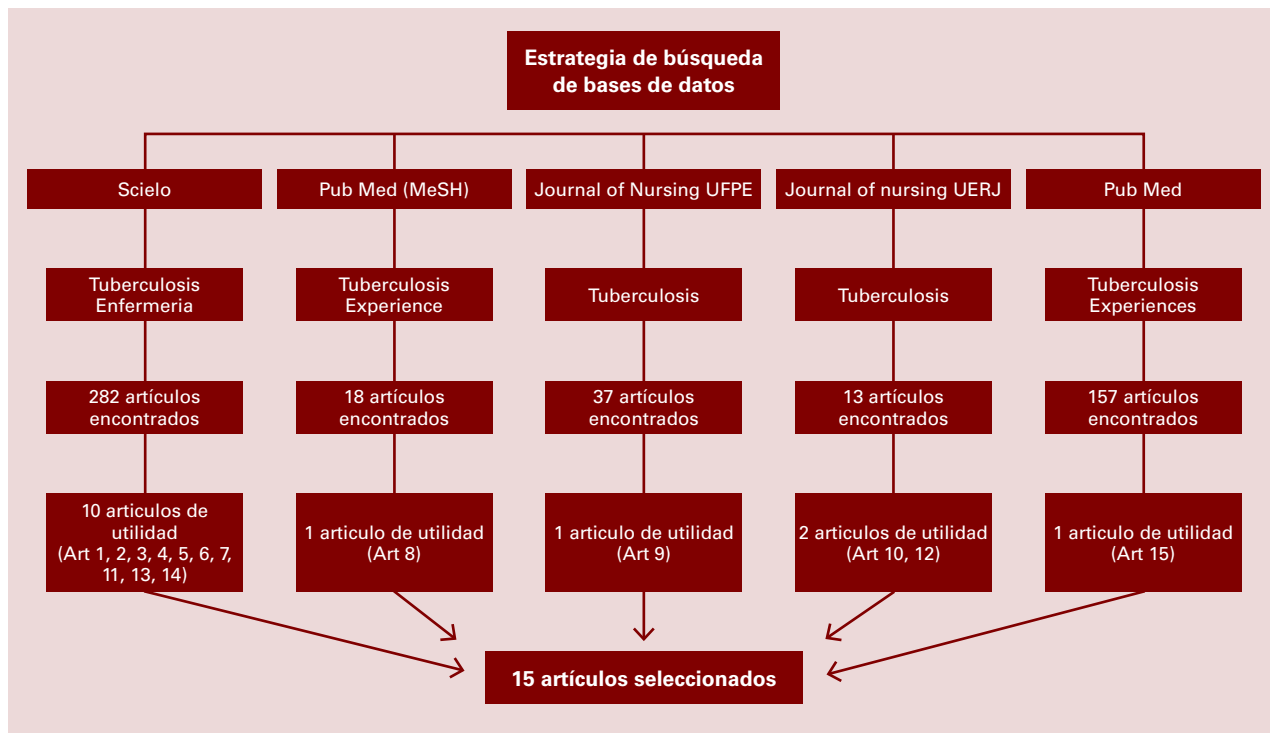
Nº de identificación del artículo	
Autores	
Filiación institucional	
Título del artículo	
Año de publicación	
Fuente – Revista	
País en el que se realizó el estudio	
Perspectiva/s que incluye	Enfermeras/os Médicos Farmacéuticos Especialistas u otros profesionales Pacientes Otros especificar
Contexto de estudio	Hospital Cuidado domiciliario Servicios sociales Hospital de día Atención primaria Sanatorio privado Otros especificar
Contexto	Rural Urbano
Aprobación comité de Ética Consentimiento informado de los participantes	

Objetivos del estudio	
Objetivo	
Pregunta de investigación: Premisas-hipótesis iniciales: Marco teórico:	

Metodología	
Técnicas utilizadas	
Nº de participantes	
Características de la muestra o informantes clave seleccionados	Delimitación espacial del estudio: Delimitación poblacional: * Universo -unidades de estudio: * Informantes-muestra: Perfil de los informantes:
Método de muestreo	
Método de participación (reclutamiento de participantes)	
Recogida de los datos	
Método de análisis de datos	

Principales temas identificados	Contenidos
---------------------------------	------------

Conclusiones de los autores



Referencia/ Contexto (autor, país, año, DOI)	Participantes muestra	Abordaje teórico/ tecnológico	Técnica de recogida de datos utilizada	Principales resultados
1-“Proceso Salud-Enfermedad construido en torno a la tuberculosis: un caso en Bogotá (Colombia)” Alba Idaly Muñoz Sánchez, Yurian Lida Rubiano Mesa. 2011	10 personas que fueron portadores de tuberculosis y finalizaron con éxito el tratamiento.	Estudio cualitativo hermenéutico. Muestreo intencional y determinado mediante el criterio de saturación de la información, se seleccionaron los participantes, cinco hombres e igual número de mujeres, que habían sido portadores de tuberculosis	Entrevistas semiestructuradas grabadas.	El estudio permite evidenciar como el proceso salud-enfermedad se convierte en un aspecto que puede favorecer o limitar la adherencia al tratamiento antituberculoso. En este sentido, para este estudio, llama la atención el estigma social, familiar y de los mismos portadores como un factor limitante para la búsqueda oportuna de atención médica y el desarrollo de las acciones definidas en la estrategia supervisada para el control de la tuberculosis. La discriminación por parte de los trabajadores hospitalarios, profesionales y no profesionales se configura como una barrera importante para la adherencia al tratamiento; y un factor que causa dolor en el transcurso del padecimiento.

Referencia/ Contexto (autor, país, año, DOI)	Participantes muestra	Abordaje teórico/ tecnológico	Técnica de recogida de datos utilizada	Principales resultados
<p>2-“Integralidad en el cuidado; estudio de la calidad de vida de los clientes con tuberculosis”. Sheila Nasciminto Pereira; Celia Regina da Silva; Elizabete Pimienta; Alexandrina de Jesus, Liane Ghelman 2013.</p>	<p>102 pacientes con tuberculosis tratados.</p>	<p>Estudio transversal, descriptivo y correlacional con un diseño cuantitativo.</p>	<p>Entrevista con cuestionario.</p>	<p>En la relación que existe entre la calidad de vida y el carácter integral, las acciones de salud necesitan ser implementadas y consolidadas a través de un acuerdo entre el paciente, el profesional y la familia. Por lo tanto, los cuidados de enfermería deben responder a las necesidades de salud de cada individuo singular, ya sean implícitas o explícitas, es importante valorar la subjetividad y la individualidad de cada sujeto, lo que justifica la importancia de evaluar lo que esa persona hace de su vida y la salud. Esto es un aspecto fundamental cuando se considera la reducción del daño y la vulnerabilidad social, con miras a un proceso terapéutico exitoso y el logro de una mejor calidad de vida para los niveles de unidades de servicios de salud.</p>
<p>3-“Adherencia al tratamiento antituberculoso: Voces de los implicados.” Alba Idaly Muñoz Sánchez, Yurian Lida Rubiano Mesa, Celmira Laza Vásquez. 2011</p>	<p>Recopilación bibliográfica.</p>	<p>Recopilación bibliográfica científica Elección de estudios de corte cualitativo a nivel mundial.</p>	<p>Este artículo analiza, a partir de la literatura científica, los significados de la adherencia de portadores y profesionales que laboran en programas de control de Tuberculosis.</p>	<p>Tanto para profesionales y portadores, existe una mutua preocupación por la adherencia al tratamiento y la curación de la enfermedad. Sin embargo, ésta asume diferentes condiciones: para los primeros, desde el conocimiento científico y con las ventajas que brinda la tecnología, se adjudica al tratamiento el camino válido para el control de la enfermedad. Para los portadores, el tratamiento representa la anhelada “curación”, pero a la vez implica un cambio drástico en sus vidas que muchas veces no les permiten elegir y lo llevan al abandono. Lo anterior, en medio de la discriminación social e institucional que implica el estigma de las personas “marcados” como tuberculosos La tuberculosis y la adhesión al tratamiento implican visualizar este problema de salud más a allá de lo biológico e individual; y como un complejo que implicaría de un cambio en la atención desde la perspectiva del modelo biomédico hegemónico.</p>

Referencia/ Contexto (autor, país, año, DOI)	Participantes muestra	Abordaje teórico/ tecnológico	Técnica de recogida de datos utilizada	Principales resultados
<p>4-“Alteraciones de patrones funcionales en personas con Tuberculosis pulmonar, Villavicencio, Colombia”. Luz Helena Aponte Garzón, Ruth Fabiola Hernández Páez. 2011.</p>	<p>Personas diagnosticadas con TB.</p>	<p>El estudio tiene un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo, y utiliza la técnica de análisis de contenido, implicando de manera inicial la obtención de datos, por valoración de patrones funcionales de salud</p>	<p>Entrevista estructurada y por examen físico</p>	<p>El cuidado de las personas con tuberculosis pulmonar demanda una respuesta integral de los cuidadores formales e informales. Las alteraciones crean una alta vulnerabilidad física, psicológica y social, por lo que es necesario que los profesionales de enfermería consideren, además de las intervenciones enmarcadas por la norma, todas las que desde una visión de integralidad y de cuidado humanizado mejoren la calidad de vida de las personas afectadas y la de sus familias.</p> <p>La presencia de temor y ansiedad secundarios a la presencia de la enfermedad señalan la importancia de la relación transpersonal, en la que la enfermera, consciente de la complejidad del cuidado, detecta los elementos negativos y actúa conforme a lo que se requiere.</p> <p>Es preciso que en las instituciones de salud se generen ambientes de mayor interacción y confianza que fomenten el cuidado de enfermería oportuno, integral, humanizado y sensible a la difícil condición de salud que viven estas personas y sus familias.</p>
<p>5-“Trabajadores de la salud y sus significados en torno a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis” Muñoz Sánchez, Alba Idaly; Cruz Martínez, Óscar Andrés y Rubiano Mesa, Yurian Lida. 2013</p>	<p>18 participantes trabajadores de la Salud, los cuales prestaron atención directa a pacientes con Tuberculosis.</p>	<p>Estudio cualitativo, alcance descriptivo. Perspectiva teórica metodológica, hermenéutica-dialéctica.</p>	<p>Entrevistas semiestructuradas</p>	<p>Se constata en la revisión de literatura y en el presente estudio que la no adherencia al tratamiento está asociada a barreras sociales, culturales y demográficas, así como a aquellas relacionadas con el proceso de producción de servicios de salud y los problemas con los medicamentos. Es importante destacar que el estudio aislado de estos factores puede contribuir a fortalecer el estigma de la tuberculosis, de allí la necesidad de realizar estudios que permitan ver la totalidad de los aspectos implicados en la adherencia de la tuberculosis, en un contexto histórico social específico.</p> <p>El vínculo que se crea entre el profesional de salud y el paciente es determinante en el seguimiento del tratamiento, en su abandono o culminación, dado que su función dentro del proceso no solo se debe encaminar a verificar la toma del medicamento por medio de estrategias como el tratamiento supervisado perteneciente al DOTS, sino también incluir espacios de escucha, orientación y entendimiento con el paciente.</p>

Referencia/ Contexto (autor, país, año, DOI)	Participantes muestra	Abordaje teórico/ tecnológico	Técnica de recogida de datos utilizada	Principales resultados
<p>6-“Necesidades en salud según percepciones de personas con tuberculosis pulmonar”. Paula Hinol; Maria Rita Bertolozzill; Renata Ferreira Takahashilll; Emiko Yoshikawa Egry. 2012.</p>	<p>11 participantes.</p>	<p>Estudio exploratorio, descriptivo con un enfoque cualitativo con respecto a las necesidades de salud de las personas con tuberculosis.</p>	<p>Entrevista semiestructurada.</p>	<p>Es de importancia promover debates dentro de los equipos de salud que trabajan en el área de la salud colectiva, y debe hacer frente a las necesidades sanitarias, teniendo en cuenta los problemas individuales y colectivos. En otras palabras, las necesidades individuales específicas que se refieren al lugar ocupado por el portador de la tuberculosis en la sociedad, lo que provoca dificultades únicas, así como las necesidades dentro del ámbito de lo colectivo deben ser identificados y abordados. Por lo tanto, es el papel del profesional de la salud para estar abiertos a identificar y comprender las necesidades de las personas con tuberculosis, a pesar de los límites existentes representados por proceso de producción de los servicios de salud. Es importante que este tema se incorpore en la educación de los profesionales de la salud para que estén alerta y aprender a hacer frente a las necesidades de salud de la población en la vida diaria. Aprender a escuchar y responder a las necesidades de salud.</p>
<p>7-“Estigma y percepciones de la tuberculosis en la frontera mexicano-estadounidense” Eva M Moya, PhD, LMSW, Mark W Lusk, EdD, LMSW. 2013</p>	<p>30 adultos que reciben tratamiento para la tuberculosis.</p>	<p>La investigación fue transversal e incluyó métodos cuantitativos y cualitativos.</p>	<p>Entrevista semi-estructurada con cada uno de los participantes en el estudio.</p>	<p>Gran parte del foco de la investigación relacionada con el estigma gira en torno a los aspectos sociales y cognitivos de la enfermedad. El resultado ha sido proponer acciones para superar el estigma en los cambios necesarios a nivel individual. A través de nuestro análisis de los factores en los que viven los individuos estigmatizados. Este enfoque reconoce que el estigma no es de origen natural, sino algo creado por la gente y, como tal, puede ser revertido.</p>

Referencia/ Contexto (autor, país, año, DOI)	Participantes muestra	Abordaje teórico/ tecnológico	Técnica de recogida de datos utilizada	Principales resultados
<p>8-“Las experiencias de vida de los pacientes que han completado el tratamiento de la tuberculosis: una investigación cualitativa en el sureste de Brasil”. Ana Angelica; Daniela Oliveira; Egberto Tbiato; Rosery Figueiredo. 2013.</p>	<p>26 Pacientes que han finalizado el tratamiento de la tuberculosis.</p>	<p>Carácter clínico-cualitativo.</p>	<p>Entrevista individualizada.</p>	<p>Los trabajadores sanitarios deben estar al tanto que el tratamiento de tuberculosis afecta a la vida psicosocial de los pacientes, y desarrollar estrategias para mitigar estos efectos y proporcionar oportunidades para que puedan compartir su ansiedad, sufrimiento, y cambios biopsicosociales. Además, los profesionales sanitarios deben tratar de educar y, como consecuencia, capacitar a los pacientes de tuberculosis y sus familias con respecto a esta enfermedad con el fin de romper el círculo vicioso existente de desinformación y los prejuicios.</p>
<p>9-“Enfoque estructural de las representaciones sociales de la tuberculosis Pulmonar”. Whashington da Silva; Zunilda Sales; Jules Ferreira; Ramon Moreira. Brasil. 2013.</p>	<p>26 usuarios con tuberculosis de 3 centros de salud de Bahía, Brasil.</p>	<p>Estudio descriptivo cualitativo apoyado por la teoría de las representaciones sociales.</p>	<p>Entrevista individualizada.</p>	<p>Las representaciones sociales de tuberculosis pulmonar para los individuos, tiene sus raíces en factores: el desgaste, la enfermedad y sufrimiento. Las actitudes negativa favorecen el estigma en contra la enfermedad. Por lo tanto, es cada vez más urgente para los profesionales de la salud promover una reorientación de la práctica de la educación para la salud con el fin de luchar contra la estigmatización de las personas que sufren de tuberculosis, elevando conciencia a través de la interacción social precisa y estrategias de educación continua.</p>
<p>10-“Discursos sobre la tuberculosis: el estigma y las consecuencias para el enfermo.” Káren Mendes Jorge de Souza, Lenilde Duarte de Sá, Filomena Elaine Paiva Assolini, Rodrigo Pinheiro Fernandes Queiroga, Pedro Fredemir Palha. 2015.</p>	<p>16 pacientes con tuberculosis.</p>	<p>Enfoque cualitativo.</p>	<p>Entrevista individual.</p>	<p>Los sentimientos de la persona socialmente desacreditada debido al estigma, como un sujeto enfermo y contagioso. A partir de esto, se identifica la necesidad de profesionales de salud, especialmente de enfermería, como gestores de la atención en Tratamiento Directamente Observado, adoptando una posición atenta y crítica en relación con las prácticas institucionales e ideológicamente fundamentadas en los discursos estigmatizantes. Y así contribuir al análisis y revisión del TDO, entre otras estrategias de organización de las acciones de salud en comparación con los pacientes de tuberculosis, en particular los de vulnerabilidad.</p>

Referencia/ Contexto (autor, país, año, DOI)	Participantes muestra	Abordaje teórico/ tecnológico	Técnica de recogida de datos utilizada	Principales resultados
11-“Conocimiento del equipo de Salud de la Familia acerca de las necesidades de salud de las personas con tuberculosis” Paula Hinol; Renata Ferreira Takahashill; Rita Bertolozzill; Tereza Cristina Scatena VillalV; Emiko Yoshikawa Egr. 2012	16 trabajadores de la salud.	Estudio exploratorio, de abordaje cualitativo.	Instrumento semi-estructurado con preguntas cerradas.	<p>La calidad de la asistencia en el control de la tuberculosis, requiere de los profesionales de salud, una práctica impregnada con la ausencia de prejuicio, de aceptación a la persona con tuberculosis y disposición de actuar, comprendiendo la problemática social presente en la ocurrencia y manifestación de esa enfermedad en determinadas personas.</p> <p>Esta práctica exige la construcción de un nuevo proceso de trabajo entre los profesionales del equipo y personas con tuberculosis, con el objetivo de establecer la escucha activa del otro, corresponsabilidad entre equipo y usuarios y una relación de diálogo para captar las reales necesidades de los enfermos.</p>
12-“La tuberculosis en el contexto de la familia: la experiencia de los miembros de la familia y los pacientes afectados por la enfermedad” Juliane Almeida Crispim, Regina Celia Fiorati, Ana Angélica Rêgo de Queiroz, Ione Carvalho Pinto, Pedro Fredemir paja, Ricardo Alexandre Arcêncio 2013	4 participantes.	Estudio descriptivo con un enfoque cualitativo.	Técnica de grupo focal con una guía elaborada con preguntas orientadoras.	<p>La tuberculosis afecta no sólo a la persona enferma sino también su dinámica familiar entera. Se observa que los pacientes experimentan un impacto emocional, marcada por el aislamiento en sus relaciones sociales, y que las familias experimentan la ambivalencia entre el cuidado de ellos y el estigma existente.</p> <p>Es imperativo para reflexionar acerca de la importancia de la familia en el curso de la vida de los pacientes con TB como una institución social y la necesidad de reconocer como un apoyo y una red de intervención en la definición de políticas dirigidas a la lucha contra la tuberculosis.</p>
13-“El cuidado de los pacientes con Tuberculosis en la Estrategia de Salud de la Familia: percepciones de las enfermeras” Lenilde Duarte de Sá; Virginio Annelissa de Oliveira Andrade; Ana Luiza Castro Gomes; Jordana de Almeida Nogueira; Tereza Cristina Scatena Villa; Neusa Collet. 2012	13 enfermeras de 28 equipos de salud.	Investigación exploratoria-descriptiva y basada en lo cualitativo.	Técnica de grupos focales con guías.	<p>Un proyecto terapéutico basado en la integralidad que se centra en la creación de archivos adjuntos y la rendición de cuentas, y en la escucha activa y el diálogo, se considera una herramienta indispensable en el proceso de proporcionar una atención satisfactoria</p> <p>Los elementos que debilitan las acciones de cuidado hacia los pacientes de tuberculosis identificados por las enfermeras, deberían reflejarse en forma conjunta por los profesionales, pacientes y educadores, de tal manera que el proceso de cuidado puede ser redefinido en el campo práctico con el fin de consolidar los archivos adjuntos y generar corresponsabilidad bajo la perspectiva del trabajo en equipo basado en la integralidad.</p>

Referencia/ Contexto (autor, país, año, DOI)	Participantes muestra	Abordaje teórico/ tecnológico	Técnica de recogida de datos utilizada	Principales resultados
14-“Las necesidades de Salud y vulnerabilidad de las personas con tuberculosis según las dimensiones de acceso, vínculo y adhesión” Paula Himno; Renata Ferreira Takahashi; Maria Rita Bertolozzi; Emiko Yoshikawa Egrý. 2011	19 personas con tuberculosis.	Se trata de un estudio cualitativo.	Entrevistas.	El estudio mostró que la adherencia al tratamiento tiene varias limitaciones y ha dejado claro que sólo el acceso al diagnóstico y la medicación no es suficiente para la adhesión efectiva, es esencial comprender el proceso salud-enfermedad como un fenómeno social y contemplar las necesidades de salud emergentes en todo el proceso de afrontamiento de la vulnerabilidad a sufrir tuberculosis se modifica. De este modo, se pretende, con los resultados de esta investigación, orientar las acciones para promover una atención de calidad, firme y humana, y por lo tanto contribuir a la reorganización de los servicios de salud que prestan asistencia a las personas con tuberculosis en un área determinada mediante el conocimiento de sus necesidades y vulnerabilidades.
15-“Los sentimientos y las experiencias de los pacientes con tuberculosis en el Distrito Metropolitano de Sekondi-Takoradi: implicaciones para los esfuerzos de control de la tuberculosis” Dr. Emmanuel Atsu Dodor. 2012	34 pacientes con tuberculosis.	Enfoque de investigación cualitativa.	Entrevistas individuales y grupos focales.	La mayoría de los pacientes con tuberculosis no pudieron reconocer sus síntomas debido al estigma asociado a la enfermedad en la sociedad. La forma en que la gente trata a las personas con tuberculosis, especialmente sus estrechos contactos es también una fuente de preocupación para los pacientes. Esto puede conducir a un retraso en la presentación de informes en el hospital y en consecuencia aumentar la mortalidad de la enfermedad. También puede hacer que sea difícil para los pacientes que cumplan con la larga duración del tratamiento de la tuberculosis.

CONCLUSIÓN

Se realizó la búsqueda de 15 artículos bibliográficos referidos a las experiencias emocionales de los pacientes con tuberculosis y las herramientas que se utilizan desde la práctica enfermera para hacer efectiva la adherencia al tratamiento, con los criterios de la estructura P.I.C.O. que se analizaron en forma detenida y crítica.

Es importante destacar que las experiencias emocionales analizadas por las que cursan estos pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar, hacen real al estigma sobre la enfermedad y no lograr la adherencia al tratamiento, poniendo en riesgo su

salud, la de su entorno y de la población en general. El total de los artículos hacen mención a las experiencias emocionales de estos pacientes: todas son negativas y ponen una barrera a su adherencia. Según se describen, se relacionan con el estigma que existe en cuanto a la tuberculosis, causando sufrimiento, dolor, daño, temor, ansiedad, aislamiento y vulnerabilidad física, psicológica y social. También discriminación de la sociedad por ser “personas marcadas” y hasta por parte de los trabajadores hospitalarios por la escasa información en su preparación profesional. En cuanto a las herramientas que se utilizaría desde la práctica enfermera, los trabajadores sanitarios

deben estar al tanto de que el tratamiento antituberculoso afecta a la vida psicosocial de los pacientes y deben desarrollar estrategias para reducir estos efectos, proporcionar oportunidades para que puedan compartir su ansiedad, sufrimiento y cambios biopsicosociales.

Además, los profesionales deben tratar de educar y, como consecuencia, capacitar a los pacientes con tuberculosis y sus familias con respecto a esta enfermedad con el fin de romper el círculo vicioso existente de desinformación y de prejuicios (Art 8, 9 y 12). El profesional debe identificar y comprender las necesidades subjetivas de los pacientes, por ello es importante que aprenda a escuchar activamente, dialogar y responder a estas necesidades de salud. Es decir, es necesario tener mayor interacción y confianza, que se fomente desde el cuidado de enfermería oportuno, integral, humanizado (con la ausencia de prejuicios) y sensible a la difícil condición de salud que viven estas personas y sus familias. (Art 4, 6, 11,13).

Así mismo, generar continuamente una relación interpersonal con el paciente, para que se logre detectar estos elementos negativos y actuar acorde a los mismos, ya que la relación será crucial para la continuidad del tratamiento y su culminación. (Art 2,3,4,5,14).

Se demuestra que el rol de enfermería es importante durante el acompañamiento al paciente en su curación de la enfermedad, controlando el tratamiento, realizando un vínculo de confianza con él y su familia, brindando la información necesaria.

Si bien se tiene en cuenta que se trata de una enfermedad altamente contagiosa, esto no evita que se utilicen las herramientas necesarias para disminuir las experiencias emocionales negativas que transcurren durante el tratamiento. El enfermero debería dejar los prejuicios de lado, capacitarse y utilizar todas las medidas de bioseguridad correspondientes para ofrecer un cuidado integral, oportuno y óptimo acorde a las necesidades de cada paciente en su dimensión holística.

BIBLIOGRAFÍA

—Organización Mundial de la Salud (2015). Tuberculosis. Ver en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

—Organización Mundial de la Salud (2015). Día mundial de la tuberculosis: atender a los 3 millones. Ver en: <http://www.who.int/campaigns/tb-day/2014/es/>

—Ministerio de Salud de la Nación. (2015) "Argentina superó los objetivos del milenio en la lucha contra la tuberculosis, según informe de OPS". Ver en: <http://temp.msal.gov.ar/prensa/index.php/articulos/lista-de-slide-de-destacados/2606-argentina-supero-los-objetivos-del-milenio-en-la-lucha-contra-la-tuberculosis-segun-informe-de-ops>

—Enfermería psicosocial. "La adaptación y el afrontamiento a la enfermedad". Disponible en http://www.academia.edu/7202042/Temario4_Enfermer%C3%ADa_Psicosocial

—MUÑOZ SÁNCHEZ, A. y otros. (2011) Proceso Salud-Enfermedad construido en torno a la Tuberculosis: un caso en Bogotá (Colombia). *Index Enferm*, vol.20, no.4, p.229-232. Ver en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300004&Ing=es&nrm=iso

—FARIAS, S. (2013) Integralidade no cuidado: estudo da qualidade de vida dos usuários com tuberculose. *Esc Anna Nery* vol.17, no.4, p.749-754. Ver en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S14148-1452013000400749&Ing=es&nrm=iso&tIng=es

—MUÑOZ SÁNCHEZ, A. (2011). Adherencia al tratamiento antituberculoso: Voces de los implicados. *Index Enferm*, vol.20, no.1-2, p.66-70. Ver en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-2962011000100014&Ing=es&nrm=iso

—APONTE GARZÓN, L. y HERNÁNDEZ PÁEZ, R. (2011) Alteraciones de patrones funcionales en personas con Tuberculosis pulmonar, Villavicencio, Colombia. *Av.enferm.* vol.29, no.1, p.42-54. Ver en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002011000100005&Ing=es&nrm=iso

—MUÑOZ SÁNCHEZ, A., CRUZ MARTÍNEZ, O. y otros (2013). Trabajadores de la salud y sus significados en torno a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. *Enferm. glob.m* vol.12, no.31, p.86-108. Ver en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300006&Ing=es&nrm=iso

—HINO, P. (2012) Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. *Rev. esc. enferm. USP*, vol.46, no.6, p.1438-1445. Ver en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342012000600022&Ing=es&nrm=iso&tIng=es

—MOYA, E. y LUSK, M. (2013) Tuberculosis stigma and perceptions in the US-Mexico border. *Salud pública* vol.55, suppl.4, p.s498-s507. Ver en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342013001100009&Ing=es&nrm=iso&tIng=es

—DIAS, A., DE OLIVEIRA y otros (2013) Life experiences of patients who have completed tuberculosis treatment: a qualitative investigation in southeast Brazil. *Public Health*. Ver en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23782670>

—CUNHA GARCIA, M. y otros (2013). Enfoque estructural de las representaciones sociales de la tuberculosis pulmonar. Vol 7, No 10. Ver en: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4777/pdf_3582

—Mendes, K., De Souza, J y otros (2015). Discursos sobre a tuberculose: estigmas e consequências para o sujeito adoecido [Discourses on tuberculosis: stigma and consequences for the subject ill]. Ver en: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerrj/article/view/16106/14296>

—HINO, P (2012) Family health team knowledge concerning the health needs of people with tuberculosis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol.20, no.1, p.44-51. Ver en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692012000100007&Ing=es&nrm=iso&tIng=es

—DESSUNTI, E., ANDRADE, M. y otros (2013). Tuberculose no contexto das famílias: as vivências de familiares e pacientes acometidos pela doença [tuberculosis in the family context: experience of family members and patients affected by the disease]. Ver en: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerrj/article/view/10034/8084>

—LENILDE DUARTE, S. (2012) Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. *Rev. esc. enferm. USP*, vol.46, no.2, p.356-363. Ver en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200013&Ing=es&nrm=iso

—HINO, P. (2011). As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. *Rev. esc. enferm. USP*, vol.45, p.1656-1660. Ver en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800003&Ing=es&nrm=iso

—DODOR, E (2012) The feelings and experiences of patients with tuberculosis in the Sekondi-Takoradi Metropolitan district: implications for TB control efforts. Ver en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3645176/>

Informe de investigación: Proyecto Local Participativo “CACHUVIN”

René Villegas*

Resumen: Este artículo presenta los resultados del trabajo realizado en forma conjunta por efectores de salud y miembros de la comunidad rural del Departamento de Lavalle (Mendoza) sobre distintas problemáticas sanitarias a raíz de la presencia de vectores del *Triatoma Infestans* (vinchuca) en viviendas rurales con corrales en sus cercanías.

Los integrantes de la comunidad manifestaron la necesidad de realizar estudios específicos para identificar a los posibles infectados, principalmente los niños y jóvenes.

La visita a los domicilios y el contacto directo con la comunidad han permitido obtener información valiosa sobre del Chagas y los factores de riesgo asociados a este mal.

Palabras clave: Chagas, relevamiento, comunidad, estudiantes de enfermería, factores de riesgo.

Abstract: *This article presents the results of the performed jointly work by health services and members of the rural community of the Department of Lavalle (Mendoza) about different health problems due to the presence of *Triatoma Infestans* vectors (winchuka) in rural homes with barnyards in its vicinity.*

The members of the community expressed the necessity to perform specific studies to identify the possible infected, mainly children and young people.

The visit to the homes and the direct contact with the community has allowed obtaining valuable information about Chagas and the risk factors associated with this disease.

Keywords: *Chagas, survey, community, nursing students, risk factors .*

*Licenciado en Enfermería, Especialista en Enfermería Comunitaria, Subjefe Área Docencia e Investigación, Departamento Provincial de Enfermería Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, Provincia de Mendoza.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo tiene como objetivo informar sobre la problemática de la enfermedad de Chagas en la población de Colonia Italia y Virgen de Andacollo, ambas comunidades del Departamento de Lavalle, en Mendoza.

Debido a su ubicación en zonas rurales dispersas, se trabajó sobre distintas líneas estratégicas para el abordaje de toda la comunidad y de esta manera recolectar información precisa y confiable sobre la prevalencia del Chagas.

En primer lugar se diseñó un consentimiento informado y luego un cuestionario dirigido por un encuestador para obtener información sobre los Factores de Riesgo Asociados a la enfermedad, como es el tipo de vivienda, su construcción y la presencia de Corrales y Gallineros en el domicilio.

Para esta actividad se gestionaron los medios necesarios para incorporar en su Marco de Prácticas en Terreno a alumnos de Enfermería Profesional, quienes luego de una capacitación en el uso del consentimiento informado y la encuesta, fueron los encargados de la recolección de la información.

Por otro lado, a través de la División de Zoonosis de la Provincia de Mendoza, se consiguió para el Muestreo Serológico en niños y adolescentes de ambas comunidades un equipo para la recolección y conservación de anticuerpos y antígenos en muestras de sangre entera, utilizando el SEROKIT Biotica Polychaco que es una herramienta ideal para el uso en estudios de campo o relevamiento epidemiológicos masivos.

Los resultados del presente estudio se mostrarán en tablas y gráficos separados por comunidad, con una conclusión final. Esperamos aportar datos significativos para un enfoque holístico de la Enfermedad de Chagas en las poblaciones rurales mendocinas.

OBJETIVO GENERAL

- 1 Lograr el Relevamiento Sanitario de Factores de Riesgo para la Enfermedad de Chagas y el Muestreo Serológico en niños y adolescentes de las Comunidades de Colonia Italia y del Barrio V. de Andacollo en el Departamento de Lavalle, entre los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Obtener el Relevamiento de Factores de Riesgo para la Enfermedad de Chagas del 100% de las viviendas de Colonia Italia y del B° V. de Andacollo a diciembre de 2013.
- 2 Llevar a cabo el Muestreo Serológico del 100 % de niños entre 1 mes y 19 años de edad de las comunidades de Colonia Italia y del B° V. de Andacollo a diciembre de 2013.
- 3 Identificar las familias con alta vulnerabilidad social para la Enfermedad de Chagas, asociada a la presencia de Corrales y Gallineros en el peridomicilio de las Comunidades de Colonia Italia y del B° V. de Andacollo a diciembre de 2013.

JUSTIFICACIÓN Y CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DEL PROBLEMA

En un primer contacto, se realizaron reuniones en el Centro de Desarrollo Infantil y Familiar del barrio con la finalidad de trabajar intersectorialmente e interdisciplinariamente con la comunidad y así poder realizar un proyecto local participativo.

Con el equipo de Salud de ambos efectores y miembros de la comunidad se trabajó en las distintas problemáticas sanitarias y se identificó con mayor gravedad la presencia en las viviendas de vectores, principalmente del *Triatoma infestans* (vinchuca), sobre todo en aquellas con corrales en sus cercanías.

Los integrantes de la comunidad manifestaron la necesidad de realizar estudios específicos para identificar a los posibles infectados, principalmente los niños y jóvenes. Así mismo, el centro de salud realizó los reclamos necesarios para la desinfección, aunque no hubo respuesta hasta el momento. Por lo tanto, se considera que esta problemática debe ser trabajada en equipo y con los pobladores.

Dado que las necesidades y demandas sociales son muy amplias y los recursos son escasos, algunos problemas deberán ser atendidos en forma preferencial y otros serán relegados o postergados. A tal efecto, deberán preverse criterios y métodos de discusión técnico-políticos a fin de obtener el consenso necesario para definir las prioridades¹.

DISEÑO METODOLÓGICO

Este estudio tiene como objetivo identificar los factores de riesgo para la Enfermedad de Chagas y a los portadores de dicha patología, principalmente en el grupo más vulnerable: los niños y adolescentes. Es por ello que el tipo de Estudio es Cuantitativo Descriptivo y Transversal, ya que los integrantes de la comunidad se medirán una sola vez en un tiempo determinado, lo que

nos permitirá estimar la Prevalencia de la Enfermedad de Chagas en las mencionadas comunidades.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El Instrumento de Recolección de datos fue un Cuestionario con preguntas cerradas dirigidas por un encuestador. Las variables seleccionadas fueron extraídas de la Guía de Relevamiento de Agentes Sanitarios de la Provincia de Mendoza para un mejor aprovechamiento de la información.

Previamente se trabajó en el Consentimiento Libre, Expreso e Informado basado en el marco de la Ley 25.326² que contempla la protección de datos personales, es decir, que la información recolectada solo podrá ser publicada de manera general, estadística y nunca de forma individual.

Con respecto a la Toma de Muestras de Sangre, el procediendo se realizó con un equipo para la recolección y conservación de anticuerpos y antígenos para la Enfermedad de Chagas en muestras de sangre entera, utilizando el SEROKIT Biotica Polychaco que es una herramienta ideal para el uso en estudios de campo o relevamientos epidemiológicos masivos, aplicado ampliamente por el Ministerio de Salud de la Nación en todo el país y provisto para este estudio por el Departamento de Zoonosis del Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta que se estudió a dos comunidades, la conclusión se presentará por separado:

¹ Modulo 4 – Herramientas para la Planificación y Programación Local: Unidad N° 2 “Definiendo Prioridades” – pag. 63 – Posgrado en Salud Social y Comunitaria - P.M.C. -Año 2005

² Ley 25326: www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/norma.htm

COMUNIDAD COLONIA ITALIA – DEPARTAMENTO DE LAVALLE

Se relevaron 45 viviendas de las 61 que se encuentran en esta comunidad rural dispersa, es decir, el 73% del total. Las restantes se encontraban sin habitar al momento del estudio, principalmente porque solo se utilizan algunos meses del año durante la época de cosecha.

En el Tipo de Vivienda, el 96% son de material de ladrillo, lo que supone un factor protector para evitar la anidación del *Triatoma Infestans*. De este porcentaje, el 36% tienen Techo Colonizable: esto es un Factor de Alto Riesgo para la colonización del *Triatoma Infestans*.

Otra variable que se trabajó fue la presencia de corrales en el peridomicilio y la distancia de los mismos a la vivienda. Como resultado obtuvimos que predomina el corral de cerdos con un 27%, seguido de los gallineros con un 24%. De estos últimos, el 64% se encuentra a más de 20 metros del hogar, transformándose esto en un Factor Protector por la distancia que tendría que trasladarse el vector.

Por otro lado, el 40% de los encuestados dice haber visto vinchucas en su casa y de éstos, el 39% fue en el dormitorio y en la galería. Esto implica otro factor de Alto Riesgo para la Enfermedad de Chagas.

Finalmente, se obtuvieron 57 muestras de sangre que corresponden a un 50% de los niños y adolescentes de la comunidad. De éstas, tres (3) fueron positivas, es decir, un 5%. Es importante destacar que se deben gestionar los medios necesarios a través del Centro de Salud de Colonia Italia para la confirmación de los casos a través de venopunción y su correspondiente tratamiento. Si bien la prevalencia de positividad es baja, teniendo en cuenta los factores de riesgo presentes en la comunidad, se debe seguir trabajando en la captación oportuna y tratamiento de los niños con vulnerabilidad a la Enfermedad de Chagas.

COMUNIDAD DEL B° VIRGEN DE ANDACOLLO

Se relevaron 91 viviendas sobre un total de 113, es decir, el 81 % de los hogares de la comunidad. Las restantes, como en el caso anterior, se encontraban deshabitadas en esos meses y solo se utilizan en tiempos de cosecha.

Respecto al tipo de vivienda, se concluyó que el 94 % son de material, principalmente de ladrillo, y el techo en la mayoría de ellas es de machimbre, que es poco colonizable. Solo el 4%, que corresponde a las viviendas tipo rancho, tienen techo colonizable, por lo tanto es muy bajo el riesgo.

La variable correspondiente a la presencia de corrales y gallineros en el peridomicilio y la distancia de los mismos a la vivienda arrojó como resultado que los gallineros son los que predominan con un 20%, seguido del corral de cerdos con un 12%. De este total, el 39% se encuentra entre 10 y 20 metros de la vivienda, lo que implica un Factor de Alto Riesgo para la Enfermedad de Chagas.

También se trabajó sobre la presencia de vectores en el domicilio y peridomicilio. El 14% de los encuestados encontró vinchucas en su casa, de los cuales el 38% declara haberlas visto en el dormitorio, convirtiéndose éste en el Factor de más Alto Riesgo para la Enfermedad de Chagas.

Por último, se obtuvieron 69 muestras de sangre corresponden al 33% de los niños y adolescentes de la comunidad, de las cuales ninguna resultó positiva. Por lo tanto, el estudio nos permitió descartar la infección por *Tripanosoma Cruzi* en los niños y adolescentes estudiados en la comunidad del B° Virgen de Andacollo.

EN SÍNTESIS:

Si bien nuestro objetivo fue relevar el total de las viviendas de ambas comunidades, se logró encuestar al 73% en Colonia Italia y el 81 % en el B° V. de Andacollo. Consideramos que la muestra es representativa, ya que los hogares faltantes se encontraban deshabitados al momento del estudio.

Con respecto al Muestreo Serológico, si bien se trataba de llegar al total de los niños y adolescentes, se trabajó con 50% de ellos en Colonia Italia y con 33 % en el B° V. de Andacollo. El resultado es bajo, principalmente en esta última comunidad, porque los adolescentes cursan sus estudios fuera del lugar y nos fue difícil lograr la captación de los mismos. Sin dudas, tendremos que diseñar nuevas estrategias en el futuro para la recolección de las muestras.

Estas comunidades, al estar en zonas rurales, presentan un Alto Riesgo para la infección por *Triatoma Infestans*. En primer lugar, por la presencia de corrales y gallineros en el peridomicilio, que en algunos casos se encuentran a 10 metros de la vivienda. Y por otro lado, por la presencia de vectores dentro del hogar y, en especial, en los dormitorios. Esto amerita un seguimiento de los lugares dónde se encuentra el vector y su tratamiento a través de la desinfección de las viviendas y el peridomicilio.

Para finalizar, podemos asegurar que este estudio en terreno nos permitió estimar la Prevalencia de la Enfermedad de Chagas y sus Factores de Riesgo Asociados en las comunidades estudiadas, ya que no se contaba con dicha información en sus Centros de Salud.

BIBLIOGRAFÍA:

—ABRAHAM, Sonis y DE LELLIS, Martín (2007). *Salud y Sociedad*. 1º Edición. Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación: Buenos Aires.

—CHUIT, Roberto y MARTÍNEZ, Luis (2005). *Epidemiología Comunitaria*. 1º Edición. Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación: Buenos Aires.

—LOYOLA, Luis; CONESA, Graciela y CASTRO, Rosario (2007). *Salud y Ambiente*. 2º Edición. Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación: Buenos Aires.

—GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés y TORRES, Rubén (2005). *Políticas en Salud*. 1º Edición. Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación: Buenos Aires.

—SORIANO, Enrique; MARCONI, Elida y JULIÁ, Carlos (2006). *Sistema de Información en Salud*. 1º Edición. Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación: Buenos Aires.

—GATTI, Carlos; VILLALBA, Rosa y MOLINA, Gabriela (2006). *Salud y Participación Comunitaria*. 1º Edición. Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación: Buenos Aires.

—SZNAJDER, Adriana y CABALLERO, Norberto (2006). *Trabajo en Equipo de Salud*. 1º Edición. Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación: Buenos Aires.

—DABAS, Eliana; CASSERLY, Pedro y LEMUS, Jorge (2006). *Salud y Redes*. 1º Edición. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación: Buenos Aires.

—ROEGER, Axel y LUNA, Rolando (1992). *Atención Primaria de la Salud*. 2º Edición. Editorial Pax: México.

—MATUS, C.; TESTA, M. y URIBE F. (1992). *Planificación y Programación en Salud. Un enfoque Estratégico*. Editorial San Pablo: Brasil

SITIOS WEB:

1. www.msal.gov.ar: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
2. www.medicoscomunitarios.gov.ar: Programa Médicos Comunitarios – Posgrado en Salud Social y Comunitaria – Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
3. www.salud.mendoza.gov.ar: Ministerio de Salud - Provincia de Mendoza
4. www.infosalud.mendoza.gov.ar: sistema de Información de Salud Pública – Ministerio de Salud – Provincia de Mendoza
5. www.mendoza.gov.ar: Gobierno de Mendoza
6. www.deie.mendoza.gov.ar: Dirección de Estadísticas e Investigaciones Económicas – Ministerio de Producción, Tecnología e Innovación – Gobierno de Mendoza.
7. Análisis FODA: http://es.wikipedia.org/wiki/An%C3%A1lisis_FODA
8. Ley 25326: www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/norma.htm

MATERIAL AUDIOVISUAL

9. CHAGAS Atención Primaria de la Salud – Coordinación Nacional de Control de Vectores - Ministerio de Salud Presidencia de la Nación - 2012

El parto respetado como estrategia del cuidado a la salud perinatal

Lic. Daniela Davezac*
Maternidad Estela de Carlotto

Este artículo destaca la importancia del rol de los profesionales de la enfermería para que la mujer tenga una buena experiencia de su trabajo de parto y del nacimiento de su bebé.

Somos los enfermeros los que estamos con las personas ayudando a atravesar los procesos difíciles en salud, tenemos que explicar, mirar, contener, escuchar, acariciar...

Decidí estudiar obstetricia porque en la mayoría de los casos ese acompañamiento termina en final feliz. Esto es porque el embarazo y el parto son procesos fisiológicos en la vida de una mujer que en el 90% de los casos se desarrollarán sin complicaciones.

El parto respetado no es un parto romántico ni color de rosas, no es una cuestión de moda, de velas y música de relajación: son estrategias de cuidado a la salud perinatal.

Todo nacimiento, aun los que tienen una patología concomitante o se complican, deben ser respetados:

considerar a la mujer, su intimidad, su cuerpo, su proceso, sus dudas, sus miedos, su sexualidad.

Esto va en línea con la ley 25929 de derechos del nacimiento: "La propuesta de la asistencia del parto-nacimiento respetado tiene un criterio de mínimas intervenciones y máximo respeto de los procesos naturales y de los derechos humanos. Propone: conocer la fisiología del parto y las condiciones que lo favorecen, dejar que la naturaleza haga su trabajo, proporcionar las mejores condiciones ambientales para no interferir en el proceso, propiciar el mejor estado emocional de la madre, en pos de un parto saludable y una bienvenida amorosa a las nuevas personas que llegan a este mundo y reservar los procedimientos de urgencia sólo para los casos que los precisan, que no superan el 10%"

FISIOLOGÍA DEL PARTO

El parto-nacimiento está dentro de los procesos fisiológicos que el cuerpo realiza involuntariamente como respirar, dormir, digerir. Sin embargo, no intervenimos en ninguno de ellos como lo hacemos con el parto.

No aceleramos la digestión con medicación y luego la evacuación. Imagino un caos tratando de meternos en este proceso que el cuerpo hace solo. Tampoco cronometramos el tiempo, ni medimos mililitros a la hora de orinar a fin de evitar una ruptura de vejiga por distensión. Simplemente el cuerpo nos avisa. Cuando las mujeres menstruamos unos días y se corta el sangrado, no pensamos: "me voy a hacer una ecografía por si quedaron restos de tejido endometrial y me infecto".

El proceso del parto es un proceso sexual involuntario. En una relación sexual, cuando se alcanza el orgasmo, sucede luego de una preparación, una predisposición del cuerpo para el disfrute y la entrega al clímax. Previamente se producen modificaciones emocionales, físicas y hormonales en respuesta a estímulos que recibe nuestro sistema nervioso. La sangre fluye a los genitales tanto en el hombre como en la mujer, se producen lubricaciones en ambos, se secretan hormonas. Estos están comandados por el sistema nervioso involuntario o autónomo y responden al estímulo sexual, pero es necesario un contexto. En general se necesita intimidad, seguridad, tranquilidad, confort... difícilmente alguien pueda tener un orgasmo en una sala desconocida, fría, con gente extraña y respondiendo un cuestionario.

Lo mismo pasa con el proceso del parto, también comandado por el sistema nervioso autónomo, la parte más primitiva de nuestro cerebro.

Existe un esquema que nos puede ayudar: el cere-

bro triuno de Mclean. Es una forma de estructurar este órgano para poder entender su funcionamiento basado en su desarrollo evolutivo y en la complejidad de sus funciones. Consta de:

- El cerebro primitivo o reptiliano que controla el comportamiento autónomo e instintivos para sobrevivir
- El cerebro límbico que da origen a las emociones, las relaciones y los vínculos
- El neocórtex, también conocido como la "corteza cerebral", que es responsable del pensamiento avanzado, la razón, el habla y la sapiencia.

Este esquema no excluye que el cerebro funcione en red mediante la interacción de todas y cada una de sus estructuras, pero para que la mujer pueda liberar el flujo de hormonas y producir las modificaciones necesarias del trabajo de parto que llevarán al nacimiento es necesario reducir la actividad del neocórtex, ya que parir es un trabajo que no necesita de cerebro intelectual.

En una sala de partos, si no tomamos una actitud tendiente a evitarlo, el estímulo del neocórtex sucede. El ambiente es desconocido para esa mujer, con luces fuertes, gente extraña y por lo general se hacen preguntas que demandan el uso de la razón: "¿cuándo fue tu fecha de última menstruación? Dime tu DNI..."

EL ROL DE LA PROFESIONAL QUE ACOMPAÑA UN PARTO-NACIMIENTO RESPETADO

Lo primero que tenemos que hacer es generar y resguardar esa atmósfera amorosa de seguridad e intimidad. Habrá que evitar todo estímulo del neocórtex: hablar en tono suave, con pocas palabras, presentarnos, mirar a los ojos, tener contacto físico, cuidar el ambiente.

El lugar donde va a suceder el parto de la mujer y el nacimiento del bebé debe ser agradable, íntimo,



que brinde seguridad. Lo ideal es que el trabajo y el parto se realicen en el mismo lugar. Por un lado es difícil calcular que momento es el adecuado para el traslado y, por otro, mover a la mujer en el periodo expulsivo interfiere mucho en el proceso. Los que trabajamos en obstetricia hemos visto esto cuando al llegar a la sala de partos, se frena la dinámica de las contracciones.

En la Maternidad Estela de Carlotto contamos con Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPR). La mujer ingresa a la consulta de guardia, siempre que ella quiera, acompañada de una persona de su confianza. Si se constata el franco trabajo de parto, ambos pasan a las UTPR. Al llegar, la enfermera se presenta, explica que va a tomar los signos vitales y realiza la identificación. No se coloca venoclisis de rutina. En los casos que son necesarios, como un cultivo positivo para SGB o una RPM de más de 18 hs, se pone una vía intermitente para poder administrar el antibiótico y se trata que

esto interfiera lo menos posible en la comodidad y movilidad de la mujer en trabajo de parto.

Se aconseja la incorporación de líquidos e ingesta de alimentos. El cuerpo consume mucha energía en este proceso, por eso se usa el término trabajo de parto para describirlo. Se prefieren alimentos que en pequeñas porciones concentren mucha energía como frutos secos, frutas o chocolate, que es especial porque además libera endorfinas. La prohibición de ingerir alimentos se debe al temor de que, si se utiliza anestesia general, se produzca una aspiración de contenido gástrico - Síndrome de Mendelson. Sin embargo, la morbimortalidad materna por aspiración de contenido gástrico es de 7/10.000.000 de casos. Una restricción en la ingesta no garantiza una reducción del contenido gástrico y la anestesia general es usada excepcionalmente en las intervenciones obstétricas¹.

¹ Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia Dirección Nacional de Salud Materno Infantil Ministerio de Salud, Argentina

Las UTPR están adaptadas para que la mujer y su acompañante transiten el trabajo de parto libremente y respondiendo a sus requerimientos. Ella puede caminar, acuclillarse, usar la pelota inflable, tomar una ducha de agua tibia el tiempo que lo necesite, colocarse en cuadrupedia en una colchoneta, usar la tela para colgarse, utilizar el espacio según sus necesidades. Las UTPR cuentan con reproductor de música para que los usuarios escuchen lo que deseen. Hay hornillos de lámparas de sal que permiten colocar esencias aromáticas e iluminar la habitación con una luz tenue.

En la maternidad trabajamos en equipo y compartimos criterios para resguardar esta atmósfera sumamente necesaria para el desarrollo fisiológico del trabajo de parto. Hemos aprendido a comunicarnos con una mirada y estamos en sintonía. Sabemos que las protagonistas son las familias y acompañamos este proceso cuidando y velando por la salud, registrando que todos los parámetros se encuentren dentro de la normalidad pero interviniendo siempre lo menos posible.

Cuando llega el momento del expulsivo, se evidencia porque la mujer comienza primero con sensación y luego con francos esfuerzos de pujo. Lo constatamos visualmente cuando la cabeza fetal comienza a entreabrir la vulva. Contamos con espejos pequeños que nos pueden ser de gran ayuda en posiciones difíciles de observar directamente o para que la mujer se mire si lo desea. Se da aviso al servicio de neonatología, quienes al llegar entran en silencio, esperan contemplando u observan a la espera del ingreso oportuno. La mujer decide qué posición es la más adecuada para ella. No la apuramos y puja conectada con sus sensaciones, que son las que mejor le van a indicar cuando es el momento.

En cada pujo la cabeza fetal asoma un poco más y cuando se relajan los músculos quizá desaparece de la vista. Se constatan los latidos fetales, la mujer vuelve a pujar y la cabeza fetal avanza un poco más. Esto permite la distensión progresiva de los músculos y la piel del periné que se adaptan y seden. No hacemos episiotomía de rutina ya que la mayoría de los casos no tienen desgarros y si este ocurre, solo suele involucrar mucosa (a diferencia de la episiotomía que involucra el plano muscular con el riesgo de que el ángulo de ésta se prolongue

durante la expulsión, al distender el canal de parto, a la cabeza fetal).

Cuando los bebés nacen son colocados en el pecho materno para fortalecer el Contacto Oportuno Piel A Piel (COPAP). El/la neonatólogo/a se presenta a la familia y observa los primeros parámetros vitales.

Este primer contacto del binomio madre-bebé es sumamente importante. Calma y relaja tanto a la mujer como al recién nacido, regula su frecuencia cardíaca, la temperatura y la respiración, estimula su digestión y permite la colonización de la piel del bebé con las bacterias beneficiosas de la madre, lo que proporciona protección contra infecciones. Además, estimula una alimentación temprana y la liberación de hormonas que ayudan a la lactancia materna y la maternidad.

Se produce el corte oportuno del cordón entre 1 y 3 minutos o cuando éste deja de latir. De esta manera, continúa llegando oxígeno al recién nacido mientras realiza su adaptación extrauterina, le aporta 50 mg de hierro para sus reservas y reduce la frecuencia de anemia por déficit de hierro durante el pri-

mer año de vida. El acompañante, generalmente el papá, se dirige con el bebé a la habitación contigua, donde el neonatólogo realiza la recepción, acompaña este procedimiento y luego es el encargado, si lo desea, de vestir por primera vez al recién nacido. Por último, antes de irse de las UTPR, pasan a la sala de recuperación donde permanecen dos horas, en las que los profesionales estamos atentos a los parámetros de salud del puerperio inmediato y fomentamos, apoyamos y acompañamos la lactancia materna en la primera hora de vida.

No olvidemos que somos profesionales de la salud. La definición de salud es mucho más que lo biológico: abarca aspectos emocionales, sociales, vinculados etc.

Necesitamos que esa madre tenga una buena experiencia de su trabajo de parto y del nacimiento del bebé. Una mujer que se ha sentido protagonista, que ha tomado decisiones junto al equipo de salud sobre su propio proceso, que ha contado con el apoyo profesional y de sus seres queridos, que se la ha escuchado y cuidado, es una mujer empoderada, con autonomía. Tendrá menos posibilidades de atravesar una depresión posparto, contará con capacidades y

herramientas que favorecen su pronta recuperación y el propio cuidado a su salud.

Necesitamos propiciar el vínculo del binomio y aún más del trinomio, para que puedan establecer una lactancia exitosa y prácticas de protección y cuidado a la salud de su bebé. Un padre involucrado emocionalmente y comprometido comprenderá que una mujer que recién dio a luz y un bebé que recién nació necesitan de cuidados especiales, y tanto ellos como el resto de la familia una readaptación. Nuestro trabajo en la "sala de parto" puede repercutir a lo largo de la vida de esa mujer y su familia.

"Démonos la oportunidad de acompañar nacimientos siendo humildes partícipes, permitámonos conmovernos y agradecer poder ser parte de tan sagrado acontecimiento"

LEYES QUE REGLAMENTAN ESTE PROCESO

La ley N° 25.929 de los derechos del nacimiento y su reglamentación (decreto 2035/2015) promueven que se respete a la familia en sus particularidades –raza, religión, nacionalidad- y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas.

La ley 26485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, en su artículo 6, hace mención a las modalidades en que se manifiestan los distintos tipos de violencia. En el inciso e) Violencia obstétrica: se refiere a aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

Con cada nacimiento elegimos: o garantizamos los derechos de la mujer y su familia o los vulneramos...



LaboratoriosRIVERO

Rivero Junto a la enfermería especializada

MATERIALES BIOMEDICOS ORIGINALES RIVERO

Estériles, atóxicos, libres de pirógenos y látex natural

- Equipos para terapia parenteral
- Sondas de alimentación enteral
- Sondas de drenaje torácico
- Productos quirúrgicos especiales
- Bolsas colectoras de orina
- Equipo para medir presión venosa central

 **LaboratoriosRIVERO**

Avenida Boyacá 419 - C1406BHG - CABA

Director Técnico: Dr. Pedro Luis Rivero

Bioquímico y Farmacéutico

Tel.: 4633.8666 Líneas Rotativas | Fax 4631.5634 4633.4754

www.rivero.com.ar | www.facebook.com/LaboratoriosRivero

lab@rivero.com.ar | depcient@rivero.com.ar

Consultas - sugerencias 0800.222.7291

PLANTA MODELO JUNIN

Habilitada por ANMAT Legajo N° 0022

**Investigación, desarrollo y producción de
Materiales Biomédicos Originales Rivero**

Autorizados por ANMAT PM 0022